
研究から見えてきた、
医療機関を中心とした
多職種アウトリーチチーム
による支援のガイドライン

伊藤順一郎 編・監修

はじめに

本ガイドラインで述べる、多職種アウトリーチチームとは、精神障害をもちながら地域生活を続ける人々に対して、暮らしの応援となる支援を訪問によって行うチームのことを言います。精神疾患や精神障害をもったからといって、常に手厚い支援が必要なわけではありません。ご自身の頑張りや仲間の協力を得ることで、あるいは、症状のコントロールが十分にできていることで、市民としての生活をふつうに営んでおられる人々も大勢おられます。しかし中には、精神症状のために生活に支障をきたしたり、外出が困難になりひきこもり状態に陥ったりしている人々や、症状のコントロールがうまくいかず、不本意な入院を繰り返している人々もいます。多職種アウトリーチチームは、このような状態にあり、かつ通所や通院による支援が受けづらい状態にある人々に対して、訪問を中心とした支援を行うために作られるチームです。

このようなチームですから、支援の中心には生活の支援があります。しかし、生活の困難、暮らしづらさが精神疾患や精神障害に起因していることから、医療的なケア、あるいは症状への対処も支援の中に含まれます。また市民としての生活を支えるという視点からは、対人関係についての相談や、就労支援なども含まれ、支援は相手のニーズに応じて多様であることが必要であり、そのために医療スタッフも含む、多職種による支援が必要とされるのです。また、過不足ない支援を展開するためには、ケースマネジメントの技法も必要であり、多職種アウトリーチチームには、病院臨床とはまた異なる、より生活に密着して行われる支援技術が必要とされています。

本ガイドラインの基となる研究は、平成23年4月から3年間実施された、「『地域生活中心』を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」（厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業（精神疾患関係研究分野））です。本ガイドラインでは、この研究活動のうち、「多職種アウトリーチチーム」部分の成果を、研究者、臨床家の協働作業でまとめました。ガイドライン作成の過程では読者ニーズを踏まえ、統計的に処理されたデータよりも、研究活動の過程で実施された支援方法など実践に役立つ内容を多く盛り込みました。

医療機関が、多職種アウトリーチチームを形成し、地域社会に出向き、精神障害をもつ人々が普通の市民としての生活をとりもどすことに貢献している地域は、まだまだ少ないのが現状です。このガイドラインが一つのきっかけになり、アウトリーチ活動が精神科医療機関にとって、あたりまえの活動になることを願ってやみません。

（研究代表者：伊藤順一郎）

研究から見えてきた、医療機関を中心とした
多職種アウトリーチチームによる支援のガイドライン

はじめに	3
I 章 多職種アウトリーチチームとはなにか	9
1 節 どのような使命をもっているか	9
コラム 1 リカバリーとは / 下平美智代	10
2 節 対象者はどのような人々か	11
3 節 わが国の多職種アウトリーチチームの概況	14
コラム 2 ACT-J の取り組み / 佐竹直子	14
コラム 3 SACT の取り組み / 西尾雅明	16
コラム 4 (医) 周行会 湖南病院での取り組み / 榎林理一郎	18
コラム 5 国立精神・神経医療研究センター病院における取り組み / 坂田増弘	20
コラム 6 帝京大学における、初診患者さんを中心としたアウトリーチチームの 試み / 池淵恵美	22
コラム 7 市川地区での取り組み / 吉田光爾	25

II 章	多職種アウトリーチチームの実践の基本的態度	27
1 節	ストレングスモデルによるケースマネジメント	27
2 節	ケースマネジメントのプロセス	28
	コラム 8 関係づくりの難しさ / 梁田英磨 32	
	コラム 9 ACT とケースマネジメント / 上田昌広 35	
3 節	多職種性を生かしたチーム	37
	コラム 10 多職種チームになることで生まれた変化 / 富沢明美 38	
	コラム 11 ピアスタッフが雇用されることによる変化 / 梁田英磨 40	
	コラム 12 専門職が活かされる時：ソーシャルワーカー / 伊藤明美 42	
	コラム 13 専門職が活かされる時：作業療法士 / 足立千啓 43	
	コラム 14 専門職が活かされる時：看護師 / 富沢明美 44	
	コラム 15 ピアスタッフの役割 / 鈴木司 46	
	コラム 16 チーム精神科医の役割 / 坂田増弘 47	
	コラム 17 ケースマネジャーからみたチーム精神科医の役割 / 小河原麻衣 49	
	コラム 18 研究から見えてきた、スタッフのかかわり / 種田綾乃 55	
4 節	危機介入	57
	コラム 19 入院を判断する時の視点 / 西尾雅明 60	
III 章	多職種アウトリーチによる支援を俯瞰する	63
1 節	支援開始の実際	63
2 節	地域でのコンタクトの実際	66

	コラム 20	支援の多様性 / 伊藤明美	71
	コラム 21	臨床の現場から / 安田テイ	74
	コラム 22	チーム外の機関とのつながり / 梁田英麿	77
2 節	追補	いくつかの事例から	79
3 節	本研究でのアウトリーチ支援の研究成果		81
IV 章	精神科医療機関が取り組むことの留意点		85
1 節	病棟スタッフの脱施設化への助走		85
2 節	経営者がアウトリーチの重要性を認識することの重要性		89
	コラム 23	経営者がアウトリーチの重要性を認識することの重要性（せんだんホスピタルの例） / 西尾雅明	90
	コラム 24	経営者がアウトリーチの重要性を認識することの重要性（NCNP の例） / 坂田増弘	91
	コラム 25	経営者がアウトリーチの重要性を認識することの重要性（（医）周行会 湖南病院の例） / 榎林理一郎	92
	コラム 26	経営者がアウトリーチの重要性を認識することの重要性（国府台病院の例） / 佐竹直子	93
3 節	地域社会の中にオフィスを構えることによる変化		94
V 章	未来に向けての提言		97
1 節	チームの数を行政の医療計画のなかの数値目標に		97
	コラム 27	仙台市の調査事例 / 西尾雅明	99
2 節	診療報酬上の評価の再検討		100

I 章

多職種アウトリーチチームとはなにか

1 節 どのような使命をもっているか

多職種アウトリーチチームの使命は、精神障害のために、通院や通所もままならず、自宅にひきこもって社会的に孤立しているような状態にある人々に、訪問活動（アウトリーチ）により、生活支援、医療支援などを含む、包括的な支援を提供することにあります。

支援の目標は、その対象となる人が、精神障害を抱えながらも、自分の人生や生活を取り戻し、市民として、納得のいく地域生活を実現できるようになることです。納得のいく地域生活には、その人が市民としての自由や権利を享受できることとともに、市民として地域社会に貢献できることも含まれます。つまり、支援の目標はリカバリー（Recovery）のプロセスを支え、それに寄り添うこととすることができます。（※【コラム】参照のこと）

このような目標を達成するために、多職種アウトリーチチームは、対象となる個人個人への支援ばかりでなく、地域社会が精神障害をもっている人も安心して暮らすことができる環境となるように、地域づくりに積極的に取り組む必要もあります。地域社会の人々と連携して、「極力入院に頼らない地域精神保健のシステム」をつくることを目指すほか、「障害をもっている人もあたりまえに暮らせる地域づくり」に努力することが求められます。

コラム1

リカバリーとは

「リカバリー」は、医療用語にあるような客観的に観察される「回復」もしくは「回復過程」のことではなく、個人にとっての主観的体験を指しています。この概念は、歴史的には、アメリカのセルフヘルプグループや当事者運動の中で、アルコール依存症や精神障害をもつ当事者の側から提示されてきました。昨今の日本では、精神保健福祉領域のサービスユーザーだけでなく、専門家の間にも広く浸透してきているようですが、医療現場ではあまり知られていないように思われます。

リカバリーは、一人ひとりの主観的体験ですので、普遍的な定義はない、というのが共通認識としてあります。ここではまず、体験者の語る「リカバリーとは」何かについての共通点について紹介したいと思います。

10代で統合失調症との診断を受け、その後、臨床心理士となり、さらに心理学の博士号を取得したパトリシア・ディーガンという人がいます。ディーガン¹は、リカバリーとは「ただ単に安定すること、元に戻

すことではない」とし、それは「変化の過程」であり、「その過程の本質は、自分で方向性を決めていくこと」であると述べています。また、ピアスタッフとなったシェリー・ブレッドソー²は、「リカバリーとは、小さな一歩を踏み出し、可能性の印を感じ、そして道のでこぼこを乗り越えていくプロセス」とし、リカバリーという考え方によって「再び希望を、すなわち、自分で設計した将来に対する信じる希望をもつようになった」と述べています。

ディーガンとブレッドソーが共通して言っているのは、リカバリーはゴール（到達点）ではなくプロセス（過程）であるということです。そして、意思決定をする主体が自分自身であるという感覚をもつということです。日本におけるIPS型就労支援のあるユーザーは、『リカバリーする』とは今の私の解釈でいうと、『豊かな人生を[実現する]』ことそのものではなく、『豊かな人生を[めざす]冒険の舞台に上がる』こと、つまり自分の人生に対する主体性を回復することなのです」と述べてい

¹ディーガン・パトリシア：自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー。ブラウン・カタナ（編）：リカバリー 希望をもたらすエンパワメントモデル。pp13-33, 金剛出版, 東京, 2012.

²ブレッドソー・シェリー：ユニークなまなざしとチャンスの数ターピアスタッフの視点から。自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー。カタナ・ブラウン（編）：リカバリー 希望をもたらすエンパワメントモデル。pp34-63, 金剛出版, 東京, 2012.

ます³。

一方で、リカバリーは精神疾患の経験の有無に関わらず、誰もがその人生のなかで経験しうることであるともいえます。1993年、初めて専門家向けの雑誌に「リカバリー」の特集を組んだ、ボストン大学精神科リハビリテーションのディレクターだったアンソニー⁴は、「リカバリーはその人の態度や価値観、感情、目標、技術、役割などを変えていく、

きわめて個人的で独自のプロセスである」と述べています。

リカバリーは主観的な体験です。「私のリカバリー体験は……」と振り返ってみることで、誰もが「リカバリーとは」何かを、実感できる可能性があると思われます。

下平美智代

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部)

2節 対象者はどのような人々か

1 多職種アウトリーチの主な対象者

統合失調症、双極性障害、重症うつ病などの診断名がつく人々で、障害のために、以下の状態のいずれかにある人々です。

- 1) ひきこもり状態で、孤立していて、独力での生活の維持が困難な状態にある
- 2) 1年以上の長期入院や1年間に複数回の入院や頻回の救急利用をするなどの状態にある

アウトリーチチームの対象者を明確にしておくことは、ニーズの高い対象者に確実にケアを送り届ける人的余裕、時間的余裕を確保するために必要なことです。ニーズを見極めることをせず、「誰でも看ます」という姿勢でいることは、本来、能力がある人々に対して、過剰な支援を行ったり、不必要な管理的「かこいこみ」を助長する危険をはらみましよう。対象者を明確にするためには表1のようなスクリーニング・シート作成し、関係

³岡本卓也：豊かな人生をめざす冒険の舞台に上がる。伊藤・香田（監修）：私のリカバリーストーリー リカバリーと働くこと。pp17-19, コンボ, 千葉, 2013.

⁴Anthony, W.: Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16: 11-23, 1993.

機関と共有して、理解を求めることも、必要なプロセスかと思います。

2 多職種アウトリーチ適用の幅

多職種アウトリーチチームが対象とする人々の状態は、チーム自体の力量と、地域社会のニーズによってその適用の幅にある程度の広がりを求められる場合があります。

たとえば、発達障害やPTSDなどのために、対人関係に困難を生じ、ひきこもりの生活が続いていたり、頻回の入院を経験して、生活の維持が難しい人々もおられます。

また、高齢で精神障害をもっている人々や、認知症に陥っている人々、児童思春期で精神疾患をもっている人々のなかにも、自力での生活が困難であったり、ひきこもりの状況にあったり、長期入院になってしまうリスクをもつ方々もおられます。

このような方々に対しても、地域の中に専門に扱う支援機関がない場合に、多職種アウトリーチチームが対応することを求められる場合があります。

これらの場合、チームが対象者として引き受けるとすれば、これらの疾患や状態の特性についても、よく学習をして、関わるうえでの要点をわきまえていることが前提になりましょう。年齢や状態によるコミュニケーションの特性、生活課題の違いや心理的変化、身体的変化、合併症などがありますので、これらの情報を把握し、関わるための一定の技術が必要になるからです。

地域のニーズと、チームの力量のバランスを考え、「自分たちに可能な、役に立つ支援」をしていくことになりましょう。

3 家族に対する支援という側面

多くの対象者は家族と同居していたり、家族からケアを受けている状態にあたりします。その場合、家族も長年のケアで疲弊し、対象者と家族の関係にゆがみが生まれ、そのことが対象者や家族の心理的不安定を生みだしている場合もあります。

家族も重要な支援者ではありますが、過重なケア負担から解放されて、家族自身が、自分たちのふつうの暮らしを取り戻すことは、支援をすすめるうえでの大切な目標です。たいていの場合、そのことが本人のふつうの暮らしをとりもどすプロセスとも重なるのです。どのような対象者を扱う場合でも、その家族も支援の対象と考えながら関わることは、アウトリーチの一つのポイントといえます。

表1 入院時スクリーニング票

ID: 性別 (男・女)		記入日: 年 月 日		記入者	
【1】除外基準					あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>
除外基準	年齢が 20 歳未満もしくは 65 歳以上である				<input type="checkbox"/>
	主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである				<input type="checkbox"/>
	鑑定入院・医療観察法による入院である				<input type="checkbox"/>
	1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている				<input type="checkbox"/>
↓除外基準に当てはまらない場合、以下をチェック					
【2】対象者の基本属性					
1. 居住地	1) キヤッチメントエリア内		2) エリア外		
2. 生年月日	西暦 年 月 日	生 (歳)	3. 入院日 西暦 年 月 日		
4. 診断名 (ICD-10):			5. 過去 1 年間の入院回数 回		
6. 同居家族の有無 1) 有 2) 無			7. 結婚歴 1) 未婚 3) 配偶者有 3) 離婚 4) 死別		
8. 障害年金 1) 有: 障害 () 年金 級 2) 無			9. 生保受給 1) 有 2) 無		
10. 入院直前の就業有無 1) 有 2) 無			12. 身体合併症:		
13. 地域にケアマネージャーがいる場合			所属: _____、氏名: _____		
14. 過去 3 か月間の社会資源利用状況 (1 か月に 1 回以上利用のあるもの、複数回答)					
1) デイケア、デイナイトケア		6) 相談支援事業			
2) 訪問看護		7) 就労支援			
3) ホームヘルプサービス		8) グループホームなど共同住居			
4) 作業所など日中活動の場		9) ショートステイなど短期入所施設			
5) 地域活動支援センターなど集う場		10) その他 ()			
【3】ケアマネジメント導入基準					
	特にことわりのない場合、過去 1 年の状況でお答え下さい		あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>	はい	いいえ
A	6 か月間社会的役割を継続して遂行できない		<input type="checkbox"/>	2	0
B	地域生活に必要な課題を 6 か月以上一貫して遂行できない		<input type="checkbox"/>	2	0
C	1) 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある		<input type="checkbox"/>	1	0
	2) 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる		<input type="checkbox"/>	1	0
	3) 自殺企図		<input type="checkbox"/>	1	0
	4) 家族への暴力、暴言、拒絶がある		<input type="checkbox"/>	1	0
	5) 重複診断 (主診断 + 知的障害・アルコール/薬物) がある		<input type="checkbox"/>	1	0
D	6) その他の警察・保健所介入がある		<input type="checkbox"/>	1	0
	1) 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回の入院を含まない)			2	0
	2) 定期的な服薬ができていなかったことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)			1	0
	3) 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)			1	0
E	4) 今回の入院は措置入院である			2	0
	1) 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない			2	0
	2) 入院時に本人・家族から入院費の相談がある。また入院生活に必要な財源がない			1	0
F	3) 入院時に帰る場所が見当たらない (ホームレス、迷惑行為による立ち退き)			3	0
	1) 入院時に家族または支援者が同行しなかった (警察・保健所は除く)			1	0
	2) 支援をする家族がいない (家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)			2	0
合計得点				点	
5 点以上の場合ケアマネジメントを導入。以下さらに重症度をチェック					
【4】ACT 導入基準					あてはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>
G. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである					<input type="checkbox"/>
H. 上記条件の A または B いずれかにチェックが入っている					<input type="checkbox"/>
I. 過去 1 年間の精神科サービス利用状況	入院回数	<input type="checkbox"/> 2 回以上 (今回は含まない)			いずれかに該当 <input type="checkbox"/>
	入院日数	<input type="checkbox"/> 100 日以上			
	医療中断	<input type="checkbox"/> 6 か月以上			

G.H.I の基準にすべてにあてはまる場合、最重度と判断する

3節 わが国の多職種アウトリーチチームの概況

1 ACT (Assertive Community Treatment: 包括型地域生活支援プログラム)

精神障害を持つために、社会から孤立しており、主として長期に入院していたり、頻回に入院している人々を対象に行われる、服薬管理や精神科医の診察など医療的支援も多く含んだ、多職種アウトリーチチームです。原則、入院医療機関からは独立し、明確な対象者の基準、キャッチメントエリアを有し、24時間365日対応ができる体制をとっています。日本では当初から、ストレングスモデルによるケースマネジメントを支援技法の中核に据えており、生活支援、就労支援、家族支援、医療支援などを包括的に担います。

日本では、制度にはなっていないので、米国のACTの基準を参考に作られた、日本版の基準を遵守しながら、精神科訪問看護ステーション、医療機関からの精神科訪問看護、相談支援事業、精神科診療所などの組み合わせで、現在は実施されていることが多いです。

ACTの質の保障は、ACT全国ネットワークによるフィデリティ（プログラム忠実度）尺度⁵による評価を受けることにより、チームの強みや課題を明確にして行われています。

コラム2

ACT-Jの取り組み

ACT-Jは、日本にACTを導入するための研究事業として平成15年にスタートしました。発足当初は千葉県市川市にある国府台病院にチー

ムを構え、看護師、精神保健福祉士、作業療法士などがケースマネジャーとなり、精神科医を含めた多職種チームを形成しアウトリーチ支

⁵ フィデリティ尺度とは、ある実践プログラムが科学的に効果を検証された実践モデルにどの程度近いかを測る尺度です。フィデリティ（得点）が高い実践プログラムはよりエビデンスのある実践モデルを再現していることを意味し、利用者により良いアウトカムをもたらすことが期待されます。

援を行いました。今後日本での ACT 普及のモデルとなるべく、明確な加入基準とキャッチメントエリアの設定、24 時間の支援体制の確立などのハード面の整備の他に、ストレングスモデルによるケースマネジメントを用いた当事者主体のきめの細かい支援の実施、生活支援を中心に医療的な介入から就労支援まで必要とされる支援を直接実施出来るような支援内容の充実にも重点を置いて活動してきました。

平成 20 年 3 月の研究終了後、サービスの継続のため病院を離れ、市川市内に NPO 法人立の訪問看護ステーション ACT-J を設立し、現在（H26 年 10 月）看護師 7 名、作業療法士 2 名、精神保健福祉士 2 名がケースマネジャーとして、さらに国府台病院の精神科医 1 名が専従のチーム精神科医として約 80 名の利用者に対して支援を行っています。さらに平成 25 年度からは同 NPO 法人で相談支援事業を導入し、医療・福祉双方のサービス利用も同じケースマネジャーが対応出来るように体制を整えてきています。

対象者は地域の中で ACT が求められる役割を担うなかで少しずつかわってきました。開始当初は国府台病院の頻回入院者が主な対象でしたが、その後国府台病院の病床削減に伴い長期入院患者が加わり、保健所から依頼のあった未治療または治療中断による長期ひきこもり状態のケース、そして地域の医療、保健、福祉支援者からより密度の高いサービスのニーズが認められるケースな

ども加入するようになってきました。重症度の基準は発足当時からかわりありませんが、キャッチメントエリアは研究事業終了後に、より密度の濃い支援が出来るように、市川市、松戸市、船橋市だったものを、市川市全域、松戸市南部、半径 8km 以内と、縮減して設定しました。

ACT の対象者の大半は、支援者との関係がうまく取りづらかったり、これまでの経験から支援に対してよいイメージが持てない方が多く、ケースマネジャーによる支援は、まずは自分たちが支援者として受け入れてもらえるような関係を築くため、人と人としての丁寧な関わりをすることから始まります。そしてその後見えてきたニーズに対して直接支援を行います。利用者が、自分の住む地域で質の高い満足のゆく生活を実現できるよう、ITT（Individual Treatment Team: 個別支援チーム）を用いた多職種チームアプローチによる幅の広い豊富な支援を行います。加えて就労支援の専門スタッフを配置し、日常生活から就労までの支援を提供出来るようにしています。サービスの提供は基本的に、ストレングスモデルを用いたケースマネジメントを直接サービスも含みながら実践し、定期的にグループスーパービジョンを行い、サービスの質の向上とスタッフのスキルアップに努めています。また、地域のさまざまなサービスを利用者が活用できるよう、行政や他の支援機関と顔の見える関係になり、スムーズな連携支援や移行が可能にな

るようにすることも大切な仕事と位置づけています。

ACTの支援の目標は、本人が従来持っていた地域生活を行う力が支援によって引き出され、その人らしい暮らしを取り戻すことにあります。結果として、ACTを卒業して、

就職されたり、その人らしい暮らしを営んでいる方もずいぶん増えてきた、このごろです。

佐竹直子

(独立行政法人 国立国際医療研究センター 国府台病院)

コラム3

SACTの取り組み

東北福祉大学せんだんホスピタルのACTチーム(S-ACT)は、精神疾患の急性期にある人たちの入院をできる限り回避して地域で支えること、入院が必要な人もできる限り早期の退院につなげ、その後の地域生活と自己実現を支援していくことを目的として活動を行っています⁶。これまで、独自の加入基準(年齢、圏域、診断、日常生活機能レベル、精神科医療サービス利用状況などを反映)を満たした利用者を中心に訪問活動を実施していましたが、平成23年度後半からは、伊藤班介入群の加入基準にあわせる形で、対象者のエントリーを行ってきました。

2014年3月時点では精神保健福祉士5名(うち当事者スタッフ

1名)、看護師1名、精神科医1名(急性期病棟兼務)がスタッフとして配置され、51名の登録者に対し月273件の診療報酬請求可能な訪問支援を行いました。うち、退院前訪問指導が2件、複数加算が10件、長時間加算が50件、夜間加算は0件でした。一方で、2014年3月の1ヶ月間で、入院中の利用者への病棟訪問が47件、退院前訪問を取れない入院中の利用者との外出同行が18件、訪問料をとれない在宅の利用者への訪問が7件、来所面談が36件、関係者とのカンファレンスが55件といった内容で、診療報酬外の活動割合も少なくありません。

参考までに、開設から2013年6月までの5年間を振り返ると、5

⁶西尾雅明, 梁田英磨: ACTによる訪問支援活動—東北福祉大学での実践から, 精神保健福祉白書編集委員会編, 精神保健福祉白書2014年版, pp175, 中央法規出版, 東京, 2013.

年間で延べ 106 名の登録者がおり、その内訳は、現登録（2013 年 6 月時点）が 40 名、修了 49 名、対象地域外への転居 5 名、ドロップアウト 7 名、死亡 5 名、でした。修了者が多いのは、立ち上げ当初に厳しい加入基準を満たした者だけを対象とする ACT 本来のコースとは別に、退院支援や一定期間内に既存の社会資源につなげていくことを主目的とするコースも設け、対応してきたからです。5 年間の活動の特徴を挙げると、①精神科病院に併設されている ACT チームとして、利用者が入院中でも密接にかかわることができるので関係作りがしやすく、入院から地域移行、地域定着に至るまで一貫して同じスタッフがかかわれる強みをもっている、②就労・就学支援は活動全体の 17% を占め、就労希望の利用者 35 名のうち 20 名がなんらかの形で一般就労を経験し、2 名が福祉的就労に従事した。また、就学・復学・進学を希望していた 5 名は、全員がその希望を実現している。さらに、家族や大家、学校や企業など、本人以外への関わりが訪問活動全体の 3 割以上を占めており、これらは医療機関に所属して院内にオフィスが設置されているにもかかわらず、医療以外に幅広く生活支援、就労・就学など利用者のリカ

バリーにかかわる支援に重きを置くチームの姿勢を示している、③ 24 時間オンコール体制は、1 日平均の電話相談件数はスケジュール確認も含め概ね 6～7 件程度にとどまっております。危機の状態を未然に防ぐ日常支援の成果が反映されている、とまとめられます。ちなみに 4.0 以上が優秀な ACT チームと位置づけられる DACT と呼ばれるフィデリティ調査では、2011 年度は「人的資源（構造と構成）」4.5、「組織の枠組み」4.7、「サービスの特徴」3.7、全体が 4.3 と評価されていました。

入院に頼らない形での支援を展開するのが ACT の目指すところですが、自己実現のための支援の過程のなかで、医療に拒否的な利用者に対しても、選択肢の一つとしての医療サービスをその人が自ら選択できるようになるためのかわりを今後も継続していく必要があります。また、入院の必要性についてチーム自らが判断し、必要と判断した場合は入院の過程から関わっていくことや、急性期病棟との情報共有や連携を十分に図り、組織内でチームの透明性を高めていくことが今後も重要と考えています。

西尾雅明

（東北福祉大学 総合福祉学部）

2 アウトリーチ推進事業によるチーム

厚生労働省のモデル事業として、2011年度～2013年度の間実施され、主として精神科病院に設けられた多職種アウトリーチチームです。

「入院に頼らない」支援を目指し、また、自院の患者ばかりに対象者が偏ることの無いよう、保健所などが窓口機能（gate keeping）を担い、ケース・カンファレンスを開いて協力機関と情報共有をしながら支援方針を決めるようにしていました。

スタッフとして、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理療法士、ピアスタッフなどがおり、また精神科医も担当医をおいていました。また、他業務と兼務する職員や非常勤職員で構成されてもよいが、24時間365日対応を原則としていました。

対象者は精神障害を有する人々で（認知症を含む）医療中断事例や長期ひきこもり、長期入院者などで、社会から孤立し、生活がうばわれてしまっている人々です。そのような人々と関係性を築き、本人も含めたケース・カンファレンスを行い、やがて医療もふくめた支援を受け入れ、その人の地域社会における生活がとりもどせるように支援することがこの事業の目的でした。

したがって、この事業では、支援期間として6か月間をおおむねの目安として、対象となる人々が、訪問看護や相談支援など、既存の精神医療、生活支援の制度を活用できるようになることが、目標とされました。

コラム4

(医) 周行会 湖南病院での取り組み

医療法人周行会湖南病院および関連施設は、滋賀県湖南保健医療福祉圏域（以下、湖南圏域）に立地し、琵琶湖の南東部に位置する草津市、守山市、栗東市、野洲市の4市を含む人口約33万人（H25年9月現在）の圏域にあります。滋賀県草津保健所の管内であり、保健所は4市のまとめ役の役割を担っています。湖南圏域内の精神科入院医療機関は、

滋賀県立精神医療センター（100床）と湖南病院（116床）、また、精神科診療所が8カ所あります。ちなみに、滋賀県の万対精神科病床数は17.1（平成21年地域保健医療基礎統計）であり、全国で最も低い県です。

医療法人周行会（以下、周行会）は、1980年に開設された湖南病院を基に1989年に設立され、現在

は病院部門、地域支援部門、高齢者部門から成っています。地域支援部門は、2000年に新築移転した湖南病院の跡地を利用して、2001年に①地域生活支援センター「風」、②生活訓練施設「樹」、③ショートステイ「歩人」、2002年に④居宅介護支援事業所「凧」、2010年に⑤精神科訪問看護ステーション「なかさとウィング」をそれぞれ開設し、ひとつの建物の中にあってワンストップ型のサービスを提供しています。さらに⑥グループホーム（現在6事業所、入所定員計30名）も有しています。地域への訪問活動は、上記の①、④、⑤および②の一部活動が担っています。また、湖南病院内にも地域ケア室があり、PSWと保健師が3名おり、主に入院患者を対象にした退院後の地域ケア、地域連携に当たっており、上記の地域支援部門と常に密接な連携を取っています。

平成23年、厚生労働省による精神障害者アウトリーチ推進事業の委託を受けましたが、有期限のモデル事業であったため専属の部署は設けず、それまで地域活動を行っていた上記の部門から横断的にスタッフを集め、さらに①に1名増員し、本来業務と兼務のまま多職種チームを発足させる形を取りました。すなわち、①「風」のPSWと⑤「なかさとウィング」の保健師がそれぞれチームリーダー、副チームリーダーを勤め、チーム医は病院の非常勤医が勤め、他に上述の病院地域ケア部門のスタッフも参加、さらにケースによって湖南病院の病棟看護師も加わ

り退院者のケースに関わるという体制で、チームはコア・メンバー9名+ α （いずれも兼務）で構成されていました。

このように、周行会のアウトリーチチームは、病院という医療機関内ではなく、障害福祉サービス事業所および訪問看護ステーションという地域にある訪問拠点に構築されたところが特徴となっています。

対象地域は、湖南圏域でかつ事業所から車で30分以内の地域、主な対象者は、「統合失調症圏の治療中断者、入退院を繰り返す者やひきこもり状態の者」です。実際に、約半数は単身生活者であり、それまで日常的に行っていた支援、訪問活動では支援しきれず、状態像が悪化するなどし、より頻回の手厚い支援が必要となった利用者が対象となることが多くありました。各利用者に担当チームを形成し、スタッフが2～6名で担当する体制を取り、週1回訪問からほぼ毎日訪問まで、必要に応じて訪問頻度を増強するなど濃密な形のアウトリーチ活動を実施しました。夜間の出勤はモデル事業の期間内に3件、夜間電話対応は1件ありました。

毎週月曜日の夕方には、全員が集まるチームミーティングを行い、必要に応じて草津保健所保健師、県立精神保健福祉センターPSWなど行政側の担当者も随時参加しました。

平成26年3月で厚生労働省のモデル事業は終了しましたが、最終的に合計13ケースがエントリーし、内7ケースが支援終了に至りました

が、内2名は通常の医療に繋がり、3名は一般相談支援に繋がり、再入院は2名でした。未終了のケースについては、チーム運営のための経済的な基盤は脆弱となりましたが、利用者のニーズがあるため、引き続き一般相談支援や訪問診療、精神科訪

問看護の診療報酬等既存の報酬体系を利用して、同様の支援を継続しています。

楢林理一郎

(医療法人周行会 湖南病院)

3 精神科訪問看護を活用したチーム

精神科の医療機関、あるいは訪問看護ステーションなどでも多職種チームを組むことが出来ます。医療機関からの「精神科訪問看護」では、看護師、作業療法士、精神保健福祉士の訪問が、診療報酬によって評価されています。訪問看護ステーションからも看護師のほか作業療法士、理学療法士などの訪問が評価されています。ほかに、薬剤師、栄養士の「訪問指導」も評価の対象になっています。いろいろな調査によれば、精神科訪問看護の質については、事業所による格差がかなりあるようです。従来型の精神科訪問看護は、医師の指示によるモニタリング機能が大きく、一般的には、地域生活の支援や、危機介入まで責任をもって対応することは少なかったようですが、地域精神医療の機運とともに少しずつその機能を変え、「生活を支える訪問」が増えてきているようです。

コラム5

国立精神・神経医療研究センター病院 における取り組み

国立精神・神経医療研究センター病院（以下NCNP）において「地域精神科モデル医療センター」（以下地域モデルセンター）が発足したのは平成22年10月でした。同センターは従来の部署縦割りの地域ケ

アを改め、センター病院第一精神診療部・リハビリテーション部・医療福祉相談室・在宅支援室の各部門と精神保健研究所社会復帰研究部とが密接に連携したうえで、重症精神障害者を対象とした「地域生活中心の

精神科医療」を展開しています。そして、これからの我が国の地域精神科医療のモデルを形成・実践することを目的としています。その臨床活動を担うのが、精神科デイケアと多職種アウトリーチチーム PORT (Psychiatric Outreach Team) です。

「入院中心から地域中心」の流れの中、当院も療養所体質からの脱却をめざし、病床削減と長期入院者の退院促進を積極的に推し進めてきました。その過程で訪問活動（訪問看護）の重要性が増してきたわけですが、当初は「医療の延長」としての病状管理や危機介入を主目的とした訪問にとどまっていた。こうした反省を踏まえ、地域モデルセンター発足後は下記のような取り組みを行ってきました。

1) 多職種チームとしての人員の補充

平成 20 年の訪問活動開始時には、他業務と兼任の看護師および精神保健福祉士 1 名ずつでのスタートでしたが、平成 26 年 5 月現在、看護師 5 名（兼任 4 名・非常勤 1 名）、精神保健福祉士 1 名（兼任）、作業療法士 2 名（非常勤）と規模が拡充されています。これにより、対象となる利用者数を増やせるのみならず、利用者のニーズに合わせた担当スタッフの選択や、ITT (Individual Treatment Team: 個別支援チーム) によるサービス提供が可能となっています。

2) チーム精神科医の設置

PORT の対象者の外来主治医は、

原則的に 2 名のチーム精神科医（兼任）のどちらかが担当することとしました。これにより、理念を共有しつつ柔軟な対応ができる、凝集性・機能性の高いチームの形成が可能となりました。

3) ストレングスモデルによるケースマネジメントの導入

チームのスタッフ間で理念を共有し、リカバリー志向の支援を提供するため、ストレングスモデル（2 章参照）を導入しました。週に 1 回、1 例のグループスーパービジョンによるケースカンファレンスを継続的に行っています。

4) 病棟との連携強化

入院後早期から、PORT による支援のニーズのある患者さんを把握し、関係作りが開始できるようなシステムを形成しました。具体的には、病棟看護師の協力によるスクリーニングシートを用いた入院時アセスメント、週 1 回の病棟におけるケースマネジャー選定会議（PORT の介入開始の決定）、月 1 回のサービス調整会議（退院に向けたケースマネジメントの進捗状況の確認と調整）を実施しています。

5) その他の活動環境の改善

活動開始時には自転車による訪問でしたが、現在は 6 台の自動車を保有しており、訪問エリアの拡大と、活動の効率化が実現しました。また、各訪問スタッフ用とシフトマネジャー（不測の事態等に対応するための日替わり当番）用に、専用携帯電話を使用することができるようになりました。

以上のような取り組みにより、年間合計訪問件数の増加や、利用者の地域滞在日数の増加（入院日数の減少）といった、数値として見える成果（詳細は研究班報告書を参照）以外にも、利用者とともにスタッフも変化していく、好ましい雰囲気が醸成されてきたと感じます。今後は、チームとしてのさらなる支援技法の

向上やピアスタッフの導入、そして、院内での理解・協力を得つつ研究費に頼らない運営と ACT 化を目指していくというのが、課題となっています。

坂田増弘

（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）

コラム6

帝京大学における、初診患者さんを中心としたアウトリーチチームの試み

精神科を受診される方々の話を聞いていると、診察室の中の営みだけでは不十分であると痛感することがしばしばあります。それは職場や家庭の中に様々な困難がみられて、精神症状と密接に絡み合っており、実際の生活の場で支援しなければうまくいかないであろうと感じるときです。そこで都市部の大学病院で16か月間の新規外来患者全員を対象に調査を実施したところ、551名の新規患者のなかで社会生活や日常生活の障害、家族や環境との軋轢などにより、生活支援やケースマネジメントのニーズのある人は14%存在しました。必ずしも統合失調症や重い気分障害とは限らず、知的障害や発達障害を合併している例などもみら

れました。従来の福祉サービスではカバーできない、生活支援を必要としている人たちがかなり精神科外来を受診していると思われま

す。こうした人たちの中で、同意が得られた方々にケースマネジャーを中心としたチーム支援を試みました。介入を試みた人たちには、いくつかの特徴がみられました。

- ・発症前から適応や環境に問題があったケースが多い。
- ・発症してから数年以上経過した慢性例が多い。
- ・これまで複数の医療機関に受診している例が多く、全くの初診は1例のみ。
- ・これまで通院中断していたり、治療にもかかわらず症状が持続して

いる症例がほとんど。

- ・身体疾患を併存している例がみられる。

- ・生活の面では、全例社会生活が不十分にしかできておらず、日常生活にも課題があるケースがみられるが、症状が先行して徐々に生活の困難が悪化した場合、生活の困難とともに症状が悪化した場合もあるものの、いずれにしても精神症状と生活の困難とは密接に関連している。

- ・援助すべき家族に様々な困難を抱えているケースがある。また本来の適応の悪さや症状と、環境との軋轢が関連している場合が多い。

- ・社会から孤立し、専門家も含めて、援助が受けられていない場合が多く、本人に病識が乏しい、援助を適切に求められない、そもそも援助そのものを希望しない、援助者と適切な関係性を持つことに困難がある。

以上のことから外来でのケースマネジメントサービスは次のことが要請されると考えられます。

- 1 支援関係づくりの重要性：外来では、「体がだるくてやる気が出ない」といった漠然とした訴えや、「仕事がうまくいなくて死にたくなる」といった切迫した訴えなど、症状として把握されるものが主体となりますが、その背景に環境の困難さや生活歴の問題など、さまざまな社会的・日常的な問題が潜んでいる場合があります。それを見出し、本人と一緒に改善していくための目標とする過程は簡単ではありません。共感的・肯定的で

前向きな目標を共有できるような関係づくりのために、アセスメントを兼ねた面接を何回も繰り返す必要があります。

- 2 症状と生活の困難さとは複合しており、環境や成育歴も影響するだけに、ソーシャルワーカー・心理などの専門家や、身体疾患の合併や身体症状への対応には看護師や精神科医、生活改善の視点から作業療法士など、多職種チームの必要が生じます。
- 3 支援のゴール設定のためにまずは本人の苦しさ・辛さから出発して、肯定的・建設的なゴールを協働して見出すためには技術が必要です。
- 4 頻度や期限を限定しないかわりが求められます。しっかり安定して既存のサービスで生活できるようになるためには、期限のあるサービスでは難しいです。
- 5 随時アウトリーチできる体制が望まれます。上述のように必ずしも当初は具体的な生活支援のニーズを持っているとは限らず必ずしもアウトリーチが歓迎されないことが多いです。しかしアウトリーチに沿って本人の苦勞している生活の様子が如実に把握でき、実際のサポートが可能になるので、機会を見てアウトリーチしていくことが望まれます。

池淵恵美

(帝京大学医学部 精神神経科学講座)

4 相談支援事業など福祉制度を活用したチーム

1) 障害者総合支援法に基づくアウトリーチ支援

今まで述べてきたのは、主に医療機関をベースとした支援ですが、アウトリーチの支援を障害者総合支援法に基づいて行う方法もあります。

(1) 相談支援事業を活用する

「相談支援」においては、サービス等利用計画をたててケースマネジメントを行う『特定相談支援事業者』による『計画相談支援』と、退所・退院を促進するとともに地域生活が特に不安定になりやすい人に強度の高い支援を行うための『一般相談支援事業者』による『地域相談支援（地域移行・地域定着支援）』があります。地域移行・地域定着支援では入院時からの相談・外出同行・住居確保・施設の体験利用などをサポートできますし、地域定着では必要に応じて訪問する支援が提供され、これらは個別給付化されています。計画相談支援では必ずしも訪問が前提とされているわけではありませんが、ケアプランを立てたり、利用者・関係各機関との連絡調整をするには実際にはアウトリーチ支援が必要となってくるのが実情であり、本ガイドラインで私たちが提案するアウトリーチ支援と共有できる部分がかなりあります。そのため、こうした相談支援事業を中心に事業を組み立てていくことも一案です。

(2) 生活訓練事業を活用する

障害者総合支援法においては訓練等給付において『自立訓練（機能訓練・生活訓練）』という制度があります。これは地域生活を営む上で一定期間の訓練が必要な知的・精神障害の方を対象として生活能力の維持・向上等のために通所・宿泊施設においてサービスを行うものです。これらは原則「通所・宿泊」で支援を提供することとなっていますが、訪問によってもサービスが提供でき、個別報酬化されています（所要時間1時間未満の場合は1日251単位を、所要時間1時間以上の場合は1日579単位を、訪問開始日から起算して180日間に50回かつ月14回を上限として算定可能です）。この制度は、ホームヘルプなどと違い家事支援を中心としたものに限らず、利用者の方の生活能力の向上のための援助・相談ができるようになっています。生活訓練は利用期間が原則2年間という制限があることや、通所・宿泊部門を設置することが必要となるなどの条件もありますが、具体的な日常生活上のニーズに対して、相談支援事業と比べてより集中的・個別的に訪問支援を行うことができるのが特徴です。

2) 医療支援との連携

こうした福祉制度を活用しながらのアウトリーチは、先進的な地域で取り組みがはじめられていますが、注意したい点もあります。これらの支援では精神保健福祉士や社会福祉士など福祉職が中心的な担い手になるわけですが、医療的な視点を各スタッフが学んでいたとしても、薬物療法などの専門的・具体的な医療支援には従事できません。特に重い精

神障害の方へのアウトリーチでは、服薬状態が不安定だったり、自殺企図・頻回入院や身体合併症、救急的な動きが必要な危機的な場面など、医療的な支援が必要になってくる状況も多いものです。そこで薬物療法（服薬管理や副作用等）に関する支援、身体合併症などの問題、入院が検討されるような危機時の対応などについて、主治医を含めた主医療機関とプランを共有しておいたり、すぐにお互いが相談できる体制が必要です。場合によっては、主医療機関の訪問看護も合わせて利用したり、他の ACT などのサービスを活用するなどの工夫が必要になる場合もあるでしょう。

コラム7

市川地区での取り組み

千葉県市川市では、こうした多職種によるアウトリーチ支援を1事業所ではなく様々な機関が連携して行っています。

具体的にこれらを担っているのは、①障害者総合支援法による民間の相談支援事業所、②行政が民間に委託している相談支援事業所、③国立国際医療研究センター国府台病院による精神科訪問看護、④障害者総合支援法による民間の生活訓練事業所（通所型）からの訪問による生活訓練、⑤民間の訪問看護ステーションを基盤とした ACT チーム、です。これらの事業所が国府台病院などと連携しながら地域のアウトリーチ支援を実施しています。

《病院との連携～アウトリーチ支援の必要な方のトリアージ～》

国府台病院に入院した場合、新規の入院患者の方でアウトリーチ支援のニーズがありそうな方を、簡便なスクリーニングシートを使い、病院

のソーシャルワーカーが把握します。そして、その方々の状況と、上記のアウトリーチ機関の特性を鑑みながら事業所の方と入院患者さんのマッチング・トリアージを行います。そして入院中から事業所のスタッフの方に病棟を訪問してもらい、利用者の方との関係づくりや生活の希望などを聞き取るようにしています。

《それぞれの機関の強み》

市川市には ACT チームがありますが、全てのアウトリーチを必要とする方が ACT に適しているとは限りません。利用者の方のニーズに応じてそれにあった支援を提供していますが、私たちはおおむね以下のような振り分けをしていました。

1) 相談支援事業所：地域の中で非常に厳しい生活をされながらも、これまで社会福祉の資源に繋がってこなかったような方がいます。こういった方はまず障害者総合支援法による基本的なサービスの導入をはか

るために相談支援事業所に紹介しています。なおアウトリーチ支援を強化するために必要に応じて地域移行・地域定着の利用を検討します。

2) 行政の相談支援事業所：利用者の方の中には、必ずしも障害福祉サービスの利用を望まれない方や、定型的なサービスに導入できない方、ニーズの見極めに時間がかかる方、複合的な問題をもたれている方もいらっしゃいます。その場合には1)の障害枠の事業所を使うのではなく、行政に委託された相談支援事業所での関わりを活用しています。

3) 精神科訪問看護：障害福祉系のサービスでは医療的な観点からの関与が薄くなる場合もあります。しかし服薬管理や身体合併症の問題などを抱えている方も多いものです。こうした方には病院からの精神科訪問看護を活用しています。

4) 訪問による生活訓練：利用者の方の中には、日常の生活に関して単にホームヘルプのような家事代行だけではなく、生活上のスキルや活動範囲に関して柔軟な訪問支援を集中的に必要とする方もいらっしゃいます。そこで一般の相談支援事業による支援にプラスする形で、訪問による生活訓練を行っている事業所に紹介をする場合があります。

5) 頻回入院や、自殺企図を含

めた問題行動などが見られる方、特に多職種で集中的かつ重点的にサービスを提供する必要のある統合失調症・感情障害等をお持ちの方には、ACTの事業所を紹介しています。

これらのサービスを、利用者の方の特性・希望・居住地域なども加味しながら紹介していきます。なお、利用者の方の状況は様々であり、また変化をしていくものです。また精神科訪問看護・福祉事業所だけのアウトリーチですと、支援の多職種性が担保できませんので必要に応じてサービスを複数使ったり、あるいは支援時期によって主担当を切り替えていったりすることもあります。

いずれにせよ大切なことは、利用者の方の状態は様々であり、アウトリーチと一口に言っても、そのニーズは多様であるという事です。1つのタイプの支援だけでは、こうしたアウトリーチのニーズの多様性の全てには対応できない部分があります。地域を面としてとらえて、地域全体で複数の社会資源による異なるタイプの支援を提供できるような体制作り・役割分担を心掛けていくことも必要なことだと感じています。

吉田光爾

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部)

Ⅱ 章

多職種アウトリーチチームの実践の 基本的態度

1 節 ストレングスモデルによるケースマネジメント

病や障害を持ちながらも、地域における、市民としての生活を維持するためには、その人の持てる生活力が、十二分に発揮される必要があります。本人の希望や意思が尊重され、本人が望む生活が実現できるよう挑戦する権利が、支援によって保障されることが求められます。

多職種アウトリーチチームの関わりには、そのために多様な支援のありかたが必要になってきます。また、地域にあるさまざまな資源や制度を活用することも必要で、アウトリーチ活動には、「出向いていく」ことのほかに「つなぐ」という機能が求められます。このつなぐ機能をケースマネジメント（あるいはケアマネジメント）と呼びます。

「つなぐ」目的には「足りないところを補うため」という考え方もありますが、「本人の希望やニーズを実現するため」という考え方もあります。本人の「性格」「技能」「熱意をもてる領域」などの強み、環境の強みなどを知り、それらを生かし、地域社会にあるいろいろな資源も活用しながら、本人の望んでいることの実現に協働で取り組む、このようなケースマネジメントのありかたを「ストレングスモデル」と呼びます⁷。

アウトリーチ活動を行う時に、ストレングスモデルの技術に習熟することは有用です。なぜなら、多くの対象者は、今までの精神医療との関わりの中で、管理され、強制され、自分の意思や希望を大切にしている習慣がうばわれていたり、自分の将来に展望を持たなく

⁷Rapp CA, Goscha RJ: The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services 3rd edition. Oxford University Press, Oxford, 2012. (田中英樹監訳：ストレングスモデル：リカバリー志向の精神保健福祉サービス第3版. 金剛出版, 東京, 2014.)

なっていたりするからです。医療に対する不信感をもっている患者さんも少なくありません。ストレングスモデルを習得すると、その人の希望や強みに目が行くようになり、相手の考えや生活を尊重し、相手の気持ちに寄り添いながら、生活のなかでできることを増やしていくという支援が可能になります。そして、そのことが、利用者が「自分で自分をたすける」すべを増やしていくことにつながります。

ストレングスモデルには、独自のアセスメント用紙（表2）、プランニング用紙（表3）がありますので、関わりの中で、それらの用紙を活用しながら、強みのアセスメントを丁寧に行い、希望の実現を軸に支援計画を立てます。本人が行うこと、スタッフが行うこと、一緒にすること、他の人に依頼することなどを具体的に決めていくのです。また、支援のためのアイデアをチーム全体で考えるために、構造化されたグループスーパービジョンを週1回程度、実施することが推奨されます。

2節 ケースマネジメントのプロセス

以下に述べるのは、多職種アウトリーチチームの活動のなかで行われる、ケースマネジメントのプロセスのスケッチです。このプロセスは、いつも円滑に進むとは限りません。相手との関係性の中で、行きつ戻りつしたりすることもありますし、途中で計画を変更する場合があります。しかしながら、日々の訪問が、このようなプロセスのなかに位置づけることを意識することは、訪問の目的を明確にするうえで、大切なのです。

1 エンゲージメント（関係づくり）

エンゲージメントとは、人と人がお互いに信用できると感じられる、そのための関係作りのことを言います。

利用者はしばしば症状のために周囲の人々に対して不安や恐怖を感じていたり、今までの歴史から医療者に対する不信感を抱いていたりします。したがって、その初めの段階では、支援者との出会いによって、安心感が揺さぶられないことが大変大切になります。そのためには支援者が「自分はどんなものであるか」を丁寧に伝えることも必要でしょう。相手の希望や気持ちを大切に考えたいこと、苦勞の物語など、あなたを知るためにたくさん教えてもらいたいこと、生活を良きものにするために共に考えていきたいこと、などを丁寧に伝えます。そして、言葉を交わしたり、一緒に家事をしたり、買い物をしたりする中で、安心して一緒に過ごせることを、ゆっくり体験してもらおうのです。

表2 ストレングスモデル：ストレングスアセスメント用紙

for _____

現在のストレングス： 私の現在のストレングスは？ (すなわち才能、スキル、個人と環境 のストレングス)	個人の希望、願い： 私の生活に何を希望するのか？	過去の資源：個人的、社会的 & 環境的： どんなストレングスを過去に 私は用いたか？
住居/日常生活		
財産 - 経済/保険		
仕事/教育/専門的知識		
援助関係		

ウェルネス/健康		
レジャー/余暇		
精神性/文化		

私の優先順位は何ですか？

- | | |
|----|----|
| 1. | 3. |
| 2. | 4. |

追加のコメントや私に関して知っておいてもらいたい重要なこと：

これは私の生活の中でこれまで我々が確認したストレングスの正確な描写です。我々は、私のリカバリーの旅路に最も大切な目標を達成するのを助けるために、今後もこれらに付け加えていきます。

私は、この個人にとって大切に意義ある目標を達成するために、確認されたストレンクスを用いることができるよう手助けすることに同意します。私は、この個人のリカバリーにとって大切なことを更に学びながら、もっとストレンクスを見つけれよう支援を継続します。

署名 _____ 日付 _____

サービス提供者の署名 _____ 日付 _____

表3 ストレングスモデル：パーソナルリカバリープラン用紙

For _____

<p>私の目標（これは私のリカバリーにとって達成すべき意義があり重要なこと）： なぜこれが私にとって大切なのか：</p>				
<p>今日我々は何をしますか？（測定可能な達成にむけた短期の行動ステップ）</p>	<p>責任者は？</p>	<p>達成予定日</p>	<p>達成日</p>	<p>コメント：</p>
<p>上記の目標は、私のリカバリーにとって達成すべき大切なことです。</p>		<p>私は上記の目標がこの個人にとって大切であることに同意します。我々が面会する際には、私はこの個人が目標に向かって前進することを支援したいと思います。</p>		
<p>_____</p> <p>署名</p>	<p>_____</p> <p>日付</p>	<p>_____</p> <p>サービス提供者の署名</p>		<p>_____</p> <p>日付</p>

コラム8

関係づくりの難しさ⁸

在宅を中心としたアウトリーチ支援では、支援の有効性や必要性をどんなに謳ったとしても、つまるところ利用者から了解と信頼を得られなければ、良好な支援を届けることはできません。

それでは、どのようにしてその了解と信頼を得ていくのか？ 関係づくりの理想的な方法など、答えがあってないようなものなのかもしれません。ここでは、私が日ごろの臨床で気を付けていることを少し書いてみたいと思います。

目の前にいる利用者の名前が「ひろしさん」だったとしましょう。私は、「もし私がひろしさんだとしたら、ひろしである私はいま何を感じ、何を考えているんだろう？」という自問自答をよくします。これは、私の自己満足にしか過ぎないのかもしれませんが、私の想像の範囲を超えるものでもないかもしれません。しかし、その中で、ひろしさんが考えていることがこだわりや妄想にもとづいた被害的で非現実的なことだとしても、私は「ひろしさんのなかではそのように感じて、考えているもの」としてそのまま捉えるようにしています。そんな風に考えたら、ひろしさんは不安になったり、怒りを感じたり、焦ったりするの

当然のことだよね、と共感すらしてしまいます。

利用者の「妄想」そのものを肯定する訳ではありません。利用者の「ストーリー」を否定せず、耳を傾け、共感すらしてしまうといったような心情です。これまでのS-ACT（東北福祉大学せんだんホスピタル 包括型地域生活支援室）の臨床現場では、戸籍がわからなかった利用者が妄想の世界で主張している名前を尊重して、そのままカルテに印字したり、生活保護の申請もその名前で行ったりしたことが実際にありました。こうした実践については、賛否両論あると思いますが、多職種アウトリーチ支援の対象となる方の中には、これまで既存のサービスにつながりにくく、とくに従来の精神医療への拒否的姿勢が強い方がいらっしゃることを考えると、利用者の「ストーリー」を大切にしながら関係づくりを進め、継続的な支援につなげていくことを意識することも必要と考えます。

また、アウトリーチを中心とした支援では、施設の中での支援よりも、スタッフが自身の生活に関する話をする機会が多く、利用者に自己開示する頻度が高まります。加えて、利用者と一緒に食事をしたり

⁸西尾雅明：チーム・アプローチによる地域移行支援の実際（後半①）、精神科看護，39：70-75，2012.

プールへ行ったりするなどして、それなりに多くの時間をともに過ごすことにもなりますので、構造的にスタッフと利用者の物理的・精神的な距離感が近くなるのが少なくありません。このように、多くの時間を利用者と一緒に過ごす場合、「自分のストーリーに寄り添ってくれる人」の存在が、時には利用者にとっては「急接近してくる友達」のように思えたり、「突如現れたおせっかい者」として負担に感じられたりすることもあるようです。そのような誤解や負担感を利用者に与えないような、専門家としての距離感の見立ても、一方で必要だと思います。

このコラムでは、それが妄想にもとづくものであったとしても利用者の「ストーリー」に寄り添うことを大切にしつつも、専門家としての距離感の見立ても必要、と相反するようなことを書きました。しかし、これらはどちらもアウトリーチによる支援をしていく上で必要なことで、

そのバランスこそが重要＝「関係づくりの難しさ」のように思います。

私自身はもともと距離感が「近い」タイプの人間のように、専門家としては、そうした癖が臨床場面にも出てしまう課題を抱えてきました。個人的に研修に参加したり、スーパービジョンを受けたりもしてきましたが、私としては、同じチームスタッフたちからその場その場で気兼ねなく自分の癖を指摘してもらえた環境に一番救われたと思っています。

関係づくりというとても重要な時期には、スタッフが一人で抱え込んでしまわないようなチームとしての対応・体制も必要ですし、関係づくりの進展に合わせてスタッフの距離感もモニタリングできるような環境・構造も必要と考えます。

梁田英磨

(東北福祉大学 せんだんホスピタル)

2 アセスメント（相手を知る）

アセスメントとは「相手を知る」という過程です。それは、同時に、お互いがやりとりのなかで「自分を知る」過程であるともいえます。アウトリーチの時間にあっては、日々のかかわりが、そのままアセスメントであると言ってよいでしょう。アセスメントとは、アセスメント用紙を目の前にして、改めて行うことではなく、日常の中で知り得たことを、言葉にする作業であると考えたほうがより実践的といえましょう。ストレングスモデルにおいては、その人のもっている希望、過去に経験として出来ていたこと、現在の強みなどがアセスメントの対象となります。また、アウトリーチは環境のアセスメントの絶好のチャンスでもあります。住居環境、家族との関係など、生活の場に行くことによっては

じめてわかることもたくさんあります。

アセスメントの内容、つまり、「どのようにあなたのことをとらえているか」ということは、折にフィードバックして、利用者の意見を聞いてみることも、理解が深まる良い機会になります。

3 プランニング（どのようなことを協働作業として行うかを決めていく）

多職種アウトリーチでは、生活の改善のためにできることは、さまざまに取り組んでいくという姿勢で、訪問に臨みます。このときに、大切なことは、そこで計画され実行されることが、ゆくゆくは「自分で自分を助ける」ことにつながるものであるということです。つまり、支援者だけでなく、利用者本人も日々の暮らしの中で少し頑張り、工夫する内容が含まれていることが、望ましいケア計画です。また、計画が実行しやすいためには、具体的で小さな行動を含むように、たとえば、「月曜日の訪問のときには、一緒にごみ出しをまず頑張ってみる」というように立てられることが良いのです。

ところで、状況によっては、なにか変化を求めることが困難な場合もあります。そのようなときには、今を維持することをケア計画にする場合もあります。あるいは「降りていく人生⁹」という言葉があるように、「頑張りすぎない」ことを目標にして、計画を考えることもあります。

4 実践

プランニングに基づき、チームによる本人との取り組みが始まります。介護保険で見られるような、ケア計画を立てたものとサービスを実施するものが異なる、仲介型（ブローカリング・タイプ）のケースマネジメントとはことなり、精神障害をもつ人々へのケースマネジメントでは、ケア計画を立てたチームが、直接、関わりの中で計画の実行に関わります。これは、途中で人が変わることなく、計画とその実施を同じチームで実施したほうが、「顔なじみの関係」の中で支援が行え、利用者の不安が軽減できるという、先行研究の知見によります。

特に、対人場面での緊張感や不安感が強い利用者の場合、長時間の接触で疲れてしまい、支援に対して拒否的になってしまうことも多々あります。一回のコンタクト時間は短く、しかし、頻回のコンタクトの中で、さまざま取り組みをしていくことがもとめられます。そして、スタッフが訪問することが、特別なことではなく、日常生活の一部に溶け込むような、そのような関わりが求められます。また、一人の利用者にチームで関わる人が多いわけですので、ケア計画がチームでたてられ、それぞれのスタッフが異なる役割をもって関わり、共有されることが実践を円滑にします。

⁹向谷地生良：べてるの家の非援助論。医学書院，東京，2002.

5 モニタリング（ふりかえり）

実践は、適宜、これで、利用者のニーズに合っているのか、振り返ることが必要です。この作業をモニタリングと呼びます。「一人暮らしを実現する」などの具体的な目標がある場合は、目標が達成できたかどうかわかりやすいですが、「社会に貢献したい」というような希望に基づく計画の場合など、うまくいっているかどうか、わかりにくい場合も多々あります。大切なことは、利用者と共に、「今、一緒にやっていることが、あなたの役に立っているだろうか」ということを話し合う機会を定期的にもつことです。家族や、チームの仲間とも、そのように振り返る機会をもつことで、お互いがこれからどうしたらいいかを考えるきっかけをつくることも出来るのです。

コラム9

ACT とケースマネジメント

近年、障害者の相談支援事業も制度に位置づけられて、俄かにケースマネジメントというキーワードが多く聞かれるようになりました。介護保険が制定されて以降、ケースマネジメントは保健医療福祉に携わる関係者には馴染みのあるものですが、実は ACT もケースマネジメントのモデルのひとつです。一般的に理解されているケースマネジメントは利用者のニーズに即して、何らかの福祉サービスやインフォーマルな資源、専門的な医療などに繋げ、それらが有機的かつ継続的に提供できるように、様々な関係機関と連携をしながら調整をしていく役割が求められます。つまり直接的かつ積極的に利用者の支援に関わるというよりも、支援体制の間接的なコーディネー

ターとしての役割があります。一方、ACT は、利用者の状況に応じて多種多様な支援を包括的に、直接提供するケースマネジメントで、各ケースマネジャーが利用者と積極的にエンゲージメントをはかり、必要な支援をチームで提供することが基本です。そこでは間接的な支援の調整役という立場よりも、ケースマネジャー自身がひとつのリソース（社会資源）として機能するような役割が求められています。

ケースマネジメントでは関係者が支援の方針を定めたり様々な情報を共有したりすることが重要で、一般的には個別支援会議（ケア会議）として、各関連機関が集まって支援方針を定めたり様々な情報を共有したりしますが、ACT では ITT

(Individual Treatment Team: 個別支援チーム)を中心にチームのなかで、情報をきめ細かく確認しながら支援を提供するのが特徴です。

例をあげて単純な比較をしてみましょう。

「就職したい!」というニーズのある利用者がいるとします。

一般的なケースマネジメントではアセスメントをした上で、本人の希望に見合った就労支援の事業所などに繋ぎ、そこに通って目的を達成できるようにサポートをすることがケースマネジャーの役割です。一方、ACTでは「就職したい!」というニーズをキャッチすると、チームにいる就労支援の専門家が求人情報を提供したり、一緒にハローワークや採用面接に同行したりして直接的にチームで就労支援を行います。

また家事ができなくて困っている利用者がある場合も、一般的なケースマネジメントではホームヘルパーや訪問型の生活訓練などの必要なサービスに繋げていき、他の機関と協力しながら支援を行います。一方、ACTではケースマネジャーが利用者と一緒に掃除や洗濯、調理を行うなど、家事支援のニーズにおいても直接的な関わりを持ちながらサポートをします。他にも医療的なニーズ、住居に関する支援、家族支援など、ACTではそれらの支援を包括的にチームで提供する仕組みになっています。

どちらも同じケースマネジメントですが、それぞれのモデルの違いは対象とする利用者の状態が大きく関

係しています。一般的なケースマネジメントは、対象者をほとんど限定せず、障害の種別さえも超えて幅広い層の利用者に対応することを目指しているのに比べて、ACTは対象者を重い精神障害を持つ方に限定しています。重い精神障害を抱えた方は複数の機関に関わって多くの関係者と関係性を構築したり、自宅から離れた場所にある通所型の機関に通ったりするのが苦手なことが多く、一般的なケースマネジメントで繋がられるサービスに馴染まない人を対象としています。馴染まない理由は、病気の対処に追われていたり、対人関係に全く自信が持てなかったり、医療や福祉のサービスに傷ついた経験を持っていたりと様々です。

ただACTにおいても関わりを続けていくなかで生活が安定し、少しは自信も回復して、これまでACTがチームで包括的に担ってきた支援の一部を他の関係機関（例えば就労支援機関やホームヘルプサービスなど）に繋ぐことができるようになると、ACTの支援は密度を減らすことが可能となります。利用者は「ACTでなくては」という状態から「ACTでなくても」という状態に変化するのです。そうなれば、より身近で機能しやすい一般的なケースマネジメントによって支援を提供できることとなります。

上田昌広

(NPO 法人リカバリーサポートセンター ACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J)

3節 多職種性を生かしたチーム

1 ジェネラリストとスペシャリスト

1) 生活支援ということでは、どの職種も同じ

多職種アウトリーチチームは、精神障害を抱えながらも、その人らしい納得のいく地域生活が実現できることを共通の支援目標として、チーム全体で支援に取り組んでいきます。多職種アウトリーチチームのタイプによって、医療と生活支援のバランスや就労支援への関与度はさまざまですが、生活全般に関わる支援が、必要性に応じて提供される支援のあり方は、いずれも共通のものです。重要なのは、多面的な見方ができ、利用者のニーズに柔軟に対応できる多職種チームであるということです。

生活を支えるという点において、職種の違いはなく、生活の現場で必要とされる多様な事柄に、どの職種であっても一定程度の対応ができる必要があります。つまり、職種を超えたジェネラリストとしての役割が、チームスタッフの土台として求められます。私たちは超職種（職種の枠を超えた）ケースマネジャーという新しい職種として、頭を切り替える必要があるかもしれません。たとえば、看護師が役所手続きの同行をしたり、作業療法士が家探しの支援で不動産屋の同行をしたりすることもあるわけです。

ここでは、年代や性別の異なるケースマネジャーの感性や趣味、生活の知恵、人生の歩みなど、利用者と同じく“地域で暮らす一人の人”としての個性も、支援の展開を広げていく引き出しとして発揮されます。スタッフだからといって、生活上の困難に対して答えを持ち合わせているわけではなく、ともに悩み考え、取り組んでいく存在であるという姿勢が大切です。

また、地域生活の安定には、家族関係や地域社会との関係性も重要な要素となります。そういった意味で、支援は対象者個人への支援にとどまらず、家族や地域社会、関係機関も含め、対象者を取り巻く環境にも目を向けていく必要があります。

2) 視点の違いが、支援の個性となる

ジェネラリスト¹⁰である前提に加え、職種の違いが支援においてどのように活かされるかということについて、述べたいと思います。

¹⁰ ジェネラリスト:スペシャリストに相対する言葉、自身の専門分野にとらわれず全般的な支援を行う役割を担っているという意味で用いられる。

まず言えることは、教育背景の異なる職種が集まるわけですから、状態像や環境のアセスメントや、集まった情報からイメージするプランの組み立て方には、職種特有の視点が反映されやすいということです。たとえば、看護師は体調の変化や身体面のケアを得意とする一方で、チャレンジには病状との兼ね合いで慎重になりやすい側面があるかもしれません。また、精神保健福祉士は利用者の希望を把握し、様々な社会資源や制度の情報を迅速に提供し、物事を先に進めていくことを得意とする一方で、利用者の作業能力に合わせた段階的な進め方には、チームの助言を求めるかもしれません。こういった点から、利用者の直接支援にあたる ITT は、職種のバランスがとれた構成であることが望ましいと言えます。

3) スタッフそれぞれが互いの強みを理解する

利用者と協力してプランを実行していくために、チームがより効果的な役割を果たせるよう、日々チーム内でアセスメント→モニタリング→見直しを行っていきます。そして、スペシャリストとしての専門性を強みとし、スタッフそれぞれの視点から、現状の確認や提案を行い、チームの目標が実現に近づくよう協働していきます。チームでは、日々密なコミュニケーションが必要とされます。その際、スタッフには、一つの視点にとらわれすぎず、いろいろな考え方があることを認め傾聴できること、見解がまとまっていく（合意形成）ための積極的な提案を行うことができることなどの、柔軟かつアクティブな姿勢が求められます。

また、ジェネラリストでありスペシャリストである、スタッフ間の相互理解は、支援を効果的なものとする上で重要です。スタッフ各人の性格や得手不得手、専門領域での知識と経験、持っている情報、身につけているスキル（当事者・家族心理教育、認知行動療法、SST、WRAP、依存症や発達障害の支援、就労支援、住居支援、地域ネットワーク作りなど）をチームの財産として把握しておき、生かしあう発想が必要です。このように、お互いに教えあい、学び続け理解を深めること、チームスタッフが協働し、チーム全体の知識や情報をたえず更新し、積み上げていく文化が育つことが、多職種チームの成熟した姿として考えられます。

コラム10

多職種チームになることで生まれた変化

国立精神・神経医療研究センター病院において、多職種チームが構築されていくうえではいくつかの段階がありました。

そもそも、アウトリーチを始めたきっかけは、長期入院患者の退院促進の一環として、地域生活を送るうえでの病状管理を目的とした病棟看

護師によるものが始まりでした。入院中の患者・看護師関係の延長なので、当然のように病状管理・服薬管理が中心となりました。その中で、「〇〇するとよい」「ほかにも〇〇の方法がある」など提案型の訪問看護を行っていたように思います。病院のベッドが地域に変わったということは長期入院患者にとっては大きな変化ではありません。看護師の私としては患者さんの「秘められていた能力」や「回復していく力や可能性」に驚きました。しかし思い返してみれば、病棟の看護師がアウトリーチをすることでは「安定して過ごしてほしい看護師」と「長期に入院していた患者」という役割は変化せずにいたように思います。

退院促進が進んでいく中で、看護師とソーシャルワーカーでアウトリーチを行う専門部署を立ち上げ、その後、作業療法士もスタッフとして加わり、現在のPORT (Psychiatric Outreach Team) ができました。病院からのアウトリーチという性質もあるかとは思いますが、「早期に危機を予防する」「危機対応できる」ことを病院からは求められました。もちろん危機対応は、利用者のリハビリを手助けすることになるので大切です。しかし、病状管理が中心の支援は、利用者との関係を構築しづらく、病院から管理しに来たと利用者から思われることや利用者自身の力を引き出すことが難しくなるのを感じました。やはり私たちは、「生活者としての利用者の希望を叶えるため、また困っていることを解決する

ために共に考えるお手伝いをしたい」という思いをチームで共有しました。

多職種チームを組んでいく中で職種の看護の専門性がどこで生かされるのかという専門職としてのジレンマを感じることも正直ありました。ソーシャルワーカーの「制度や社会資源」「人間の福利」と看護師の「健康・服薬管理」「療養上の支援」「クライシス対応」、作業療法士の「リハビリテーションの視点」「作業分析による能力評価」などの専門性を引き出しとしてもちながらも、実際に利用者にサービスを提供するのは「看護師」、「ソーシャルワーカー」、「作業療法士」である個人ではなく、PORTのケースマネージャーです。チームメンバーがカンファレンスや勉強会などを通じて地域ケアに必要なスキルは持てるようにして、ケースマネージャーが利用者さんにサービス提供していくという姿勢に変化していきました。もちろん看護師や作業療法士は制度や社会資源に精通しているわけではないのでソーシャルワーカーに教えてもらいながら実際にはケースマネージャー自身で対応します。身体面や服薬管理的な面で判断が必要な時は看護師に意見を求められることもあります。利用者のストレングスを引き出すアイデアなどは作業療法士が思いがけない視点で引き出してくれることもあります。それぞれの職種の得意分野（ストレングス）をチームで認め活用して行く中で、スタッフ一人一人の視野が広がり、支援の根っこは同じ思いになると同時に、ス

スタッフの個性や得意分野（音楽・料理・ゲームなど）を生かした関わりを展開できるように変化していきました。

支援の方向性としては「ストレングスや希望を大切に」「リカバリーを信じる」ことを大切にしています。リカバリーには時間がかかることも実感しています。しかしどうしても良い変化や結果を求めてしまいがちです。多職種スタッフの様々な視点で意見を交わすことで、急ぎすぎていた自分の支援方法を振り

返ったり、クライシスに備えたプランが不足していること、資源につなぐことばかりに偏ったりしていることに気がつくこともあります。まさに職種の領域を超えて「地域ケアのスペシャリストを目指す」心持にスタッフそれぞれ、チームが変化していったように感じます。

富沢明美

（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）

コラム11

ピアスタッフが雇用されることによる変化

ピアスタッフを雇用することは、何よりも多職種アウトリーチチームの柔軟性を高め、リカバリー志向を促進することにつながるでしょう。

その雇用にあたっては、ピアスタッフのために特別に設置された職務（WRAP：元気回復行動プランや当事者研究などのプログラム担当、ピアカウンセラー、事務職など）のための雇用と、ピアであっても他のスタッフと同様の専門職として雇用される場合があると思います。

東北福祉大学せんだんホスピタルの包括型地域生活支援室（S-ACT）では、2008年の開設以降、とこ

ろどころでピアの方々にチーム運営のためのご協力をいただけてきました。過去には、ピアカウンセラーや事務職など、チームが用意したピアスタッフとしての役割を担っていただいた方もいます。

2012年9月から2014年3月の間、S-ACTで働いていただいた鈴木司さんには、ケースマネジャーの一人として、他のスタッフと同様の内容の仕事をしていただきました。他のスタッフと同じように利用者を担当し、平日は訪問に出かけ、月に何回かは夜間・休日の電話当番もこなし、ケースの状態がクラ

イシスの際にはプライマリー・ケースマネジャーとしてイニシアティブをとっていただくこともありました。他のスタッフと同様の業務（専門性）を求められた分、鈴木司さんにとっては、ピアスタッフとしてのピアの魅力を発揮しにくい環境だったのかもしれない。詳細については、鈴木司さんが書かれた「コラム15 ピアスタッフの役割」をご参照ください。

S-ACTとして心がけていたことは、利用者に対してもチームスタッフに対しても、支援の基本的な単位が、「チーム」になっているかということでした。利用者もチームスタッフも、きちんと「チーム」によって支えられているのか。人生経験や教育歴、視点や価値観が違う人々の間であっても、自分の意見を気軽に口にできる構造が用意されていて、そこには異なる見方や専門性を認め、お互いの領域を学び合おうとする文化があるかということです。

平日の毎朝行われる申し送りでは、利用者のケアや情報を共有するだけでなく、できるだけ多くの時間を割いてチームスタッフたちの意見交換の場を設けるようにしました。また、スタッフに対する定期的・継続的なスーパービジョンはもちろんのこと、夜間・休日でも何かあればスタッフであっても誰かに電話で相談できるセカンド・コール体制を整えました。チームスタッフたちが働く上で、こうした工夫が、有効に機能しているのかどうかについては、

未だ自信の持てるレベルにはありません。

ただ、鈴木さんのユーモア（親父ギャグ）に満ちた発言や振る舞いから、チームが学んだことはとても多かったと思います。ピアスタッフの存在は、冒頭にも書いた通り、何よりも支援のバリエーションの幅を増し、チームの柔軟性を高めました。ピアの特性というよりは、ピアスタッフの個性・魅力の部分によるところが大きいと思いますが、彼の丁寧な仕事振りにチームスタッフ有感化され、それがチーム全体の臨床活動にもいかされていたと思います。

私の個人的な印象ですが、一般的によく言われるピアスタッフの「病や障害を持つ経験」「病や障害によってサービスを利用した経験」以上に、S-ACTのピアスタッフは「リカバリーの途を歩んでいる経験」を目前にできたことで、チームスタッフたちが利用者のリカバリーを真に信じていることができるようになったり、抱えていたスティグマが軽減されたりしたことが、一番の「ピアスタッフは雇用されることによる変化」だと思いました。

S-ACT（包括型地域生活支援室）は東北福祉大学せんだんホスピタルのリハビリテーション部のなかの一部署として設置されています。リハビリテーション部は、医療相談室、作業療法室、臨床心理室、デイケア室も設置されていて、多くのコメディカル・スタッフたちが日々忙しく右往左往しています。ピアスタッフの存在は、そうしたコメディカ

ル・スタッフたちに対しても、リカバリー志向への意識の変革をもたらしたと思います。

梁田英磨

(東北福祉大学 せんだんホスピタル)

コラム12

専門職が活かされる時：ソーシャルワーカー

成熟したチームになればなるほど、どのスタッフがどの専門職なのか、一見わかりにくい、というのが私の印象です。きっと、それぞれの専門職の視点がほどよい感じにチームのメンバーに取り込まれて、ひとりひとりの視野が広がっているからなんだと思います。

このコラムでは、ソーシャルワーカーの専門性とはなにか？ というところからはじめたいと思います。国際ソーシャルワーカー連盟によるソーシャルワーカーの定義では、「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である」となっています。

少々堅い文章で分かりにくいかもしれませんが、ソーシャルワーカーは、まず、「人間の行動」と「社会システム」の理論に精通していることが求められます。そして、その理論を用いて、人と環境の相互作用という全体的視点に立ち、そして、その接点へ介入すること（ニーズをアセスメントして社会資源を調整していくというケースマネジメントも、この介入のうちのひとつの手法です）を通じて、人間のウェルビーイングを目指す専門職なのです。

…と、ここまで書きましたが、実際、自分がどんな場面でチームの他の専門職スタッフから相談されるかということ、一番多いのは、やはり制度などの社会資源の活用に関することです。障害年金はどう申請したらよいのか？ 自立支援医療の手続きはどうしたらよいのか？ 障害者手帳を取得するとどんなメリットがあるのか？ ショートステイはどうやって利用するのか？ 医療保護入院の同意者は誰がなれるのか？ このあ

たりでクッキーを焼いている作業所はどこか？ などなど…。

多職種チームによる支援で大切にしたいのは、これらの社会資源活用に関するマネジメントが必要な局面にある利用者がいた場合、「これはソーシャルワーカーが担当するもの」と切り分けてしまうのではなく、ケースマネジャーがどの職種であっても自らに対応できるように、ソーシャルワーカーからケースマネジャーに対して情報提供をしたり、一緒に訪問したりするなどのサポートをする役割を担うということです。利用者のニーズを理解して社会資源を活用していくことはケースマネジメントの中核であり、ケースマネジャーがそれを実践することが、利用者との関係において非常に重要

な意味を持つからです。

なお、私たちのチームでは、自立支援医療や障害年金、精神保健福祉法などの勉強会をソーシャルワーカーが講師となって実施したり、近隣の地域活動支援センターや就労支援施設の見学会を企画しています。ソーシャルワーカー以外の専門職が、社会資源に対する理解を深めたり、その地域の全体的なネットワークのなかで自分たちのチームの存在の意味を考える視点を持つための工夫をしていくことも、多職種チームの中のソーシャルワーカーの大切な役割なのではないかと思います。

伊藤明美

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

コラム13

専門職が活かされる時：作業療法士

職種の専門性について考えたとき、どのような教育を受けてきたかということが、大きく影響しているように思われます。私の場合を振り返ってみると、先生方から口を酸っぱくして言われたのは、とにかく評価！ 評価！ ということでした。ご本人の身体機能や精神機能等の評価はもちろんのこと、その方を取り

巻く環境の評価や、その方が環境をどう認識し、どのように環境に関わっていくかなどの双方向的な評価も大切だと教わってきました。

作業療法士はリハビリテーションの専門職です。こういった評価を元に、生活技能の向上や社会での役割獲得に向けて訓練していきます。病院で作業療法をしていて、よく囁か

れるのが、訓練でできても生活の中に活用されなければ意味がないということや、生活と関連しない場所で活動をしたところで役に立たないというものです。これは実にもっともなこと、私たち作業療法士には創意工夫が求められるところであると思われま。しかし、リハビリテーションの目標は、生活技能の習得や社会参加、役割の拡大ばかりではありません。傷ついた心を癒やしたり、人や社会への安心感を取り戻したり、自信を回復するという、いわば心のリハビリテーションも大切なことと思われま。そういう場合には、生活にはあまり直結しない、ちょっとした気晴らしや、普段ならあまり関わらないようなことのほうが、かえってチャレンジしたり参加したりしやすいことがあるように思われま。そしてそういったチャレンジや参加を後押しするのが、しっかりとした評価だと思うのです。

その方のできる能力をきちんと捉

え、難し過ぎないチャレンジとなるようにしたり、その方が適切に環境と関われるように調整したりすることで、やってみようかなという興味が出てきたり、チャレンジの意欲がわいてきたりするように思われま。そして、本人を助け過ぎないことや、環境を調整し過ぎないことも大切なことと思われま。自分の持っている力を精一杯使って、自分で頑張れたと思えることが自信や新しいチャレンジにつながっていくからです。地域で生活していく中で、ともすれば不安で依存的になりがちとなってしまうような方から、いろいろなチャレンジを支援する中で、「今度は自分でもやってみようかな」という言葉が聞かれたりすると、私は作業療法士としての役割が活用できたのではないかと感じられるのであります。

足立千啓

(NPO 法人リカバリーサポートセンター ACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J)

コラム14

専門職が活かされる時：看護師

看護は「人の命や健康、生活を守り、人が、その人らしく生き、過ごしていけるように支援する」仕事です。読者の皆さんも病気になった際や健康に不安を感じた際に、看護を

受けた経験がおありかと思いま。看護師は、心細い受診や入院の際には患者の常に身近にいる存在となります。

さて、多職種アウトリーチチーム

においては「看護」の専門性はどのように活かされているでしょうか。「生活を支援していく」という視点は看護の専門性でもあり、ケースマネジメントを実践するにあたってそれは同様です。活動そのものが、看護の専門性と多く重なるといってもよいかもしれません。

そのようななかでも、新規にアウトリーチチームに導入する利用者に合併症があり、日常生活においてこれからも継続して介入していく必要がある方には、看護師をケースマネジャーに選ぶことがあります。入院中に服薬指導や栄養指導を受けることは利用者自身の身体や生活に興味を持つきっかけとなります。しかし、入院という非日常の中での指導を、自宅生活になった際にどのように活かしていくか、生活の中に取り入れていける工夫を利用者と一緒に考えていくことは、生活を維持するうえで大切なことです。そのためには、まずは、利用者がどうなりたいか、モチベーションがどこにあるかを確認します。健康にいいからと管理的に知識だけを提供しても利用者の生活は変わらないでしょう。実践では、服薬を忘れる方には一緒にかわいい薬のボックスを作ったり、服薬へのモチベーションを上げたり、痩せたい方には簡単に野菜が摂取できる方法を考えたり、スーパーにカロリーが低いおやつを探しに行ったりなど、利用者個々の希望や生活に

合わせた行動を提案したりしています。

また、チームの中で他の職種から相談をされることとしては、服薬をしていることでの副作用の問題と対策、合併症予防について、合併症とどう付き合っていくかなどがあります。やはり、身体の見立てや健康面でのアプローチは看護師の専門性を発揮する場面といえます。また、注射などの医療的な処置は看護師のみが行える行為であり、やむをえず在宅で注射を実施する場合は、医師の指示により実施しています。

クライシス時の対応には、身体面・精神面ともに看護師のスキルや経験が役に立ちます。それは、病状の変化に柔軟に対応してきた看護師の実践からの専門性と言えます。その際には病状管理的な場面であったとしても、常に利用者がどうしていきたいか、自立を目指すにはどうしていけばよいか、クライシスを次のステップとしてどう生かしていくか要素に入れながら、考え行動しています。

看護師は、「人の命と健康、生活支援」が専門であること、「その人らしく生きることを支援する」が専門分野であることを心にとめて援助していかなければいけないのです。

富沢明美

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

コラム15

ピアスタッフの役割

私は2011年9月から2014年3月まで、仙台市にある東北福祉大学せんだんホスピタルのACTチーム（包括型地域医療支援室：S-ACT）で働きました。

1998年31歳の夏。混乱した私は両親に促されるままに精神科病院を受診しました。そのまま入院。精神科病院での生活は1年半にわたりました。診断名は統合失調症。退院後しばらくは、食べて薬を飲んで寝るだけの生活でした。主治医のすすめでデイケアに通い始め、ゆっくりと回復していきました。また、退院促進ピアサポーターの活動をするうちに、これを仕事としたいと思うようになりました。2007年40歳の春、東北福祉大学の通信教育で学び始め、4年後の2011年に精神保健福祉士の資格を得ました。

ピアスタッフの役割はふたつあると私は考えています。支援の受け手に対するもの。そして支援の送り手に対するものです。

前者については、自らも心の病を経験し、支援を受けてきたことによる、ピアスタッフならではの支援ができるということです。心の病を経験したことで感じた傷つき。支援を受けることでの負い目。それらを経験したことのあるピアスタッフは、経験のないスタッフとはまた少し違った支援の色を帯びることになり

ます。

さらに、心の病を経験して将来に不安を抱えている回復途中の当事者や家族に、その将来を期待できる良きロールモデルを提供することにもなります。僕も頑張ってみよう。私の子供も変われるのではないだろうか。そう思うきっかけになるのです。

後者については、支援専門職自身の内なるスティグマの軽減に役立つということです。リカバリーとかストレングスとか言葉では知っていても、目の前にいる支援対象者ばかりを見ていると、その精神障害者像はやはり“支援の必要な人たち”ということになってしまいます。ピアスタッフと共に働くことで、それらは少しずつ変わっていくと思います。

さて、ピアスタッフというからには、いつ誰に、自分が心の病を経験しているということを開示するのか。私はS-ACTチームのスタッフには開示していましたが、ACT利用者にも、（公式には）病院内の他のスタッフにも開示したことはありませんでした。名刺にもネームプレートにも“ピアスタッフ”の文字はありません。ピアスタッフの良さが十分には発揮できなかった、もう少し開示してもよかったかなあと思います。

しかし、この2年半の仕事のな

かで、ピアスタッフとしてチームに与えた影響は少なくはなかったと思います。精神科病院に入院する。精神科の薬を飲む。精神医療福祉サービスを受ける。そのとき当事者はどう思うのか。それを考えるヒントになっていたと思います。また、職業人としてモラルに欠けることのないように気をつけていました。その反面では、“やっぱりピアだからなあ”と思われるのを恐れていたのかもしれない。

私はこの春（2014年4月）から、故郷である北海道帯広市の精神科クリニックのACTチームで働きます。この地では、私はピアサポーターとして活動していたので、ピアであることはある程度知れわたっています。開示することのハードルは低いでしょう。

鈴木 司

（東北福祉大学 せんだんホスピタル）

コラム16

チーム精神科医の役割

医療という枠内で考えるならば、医師は、他職種に比べて大きな権限を持ち、重い責任を有しています。なぜなら、医療行為に関する処方あるいは指示を出すのは医師であるからです。よって、チーム医療という文脈では、医師はリーダーとして他職種の上に立つヒエラルキーが存在します。それだけではありません。我が国の現状では、様々な福祉サービスを受けるにあたり、医師の診断書や意見書が必要なことが多々あります。利用者にとって、医師の存在や影響力はまさに絶大であり、ときには脅威ですらある所以です。

しかしながら、本ガイドラインで記述する多職種アウトリーチチーム

の目的とするところは、医療的なアウトカムを超えて、利用者のリカバリーを支援することです。医療のためにチームが動くのではなく、医療は、リカバリーのために利用される多くのサービスの中の一つであるという視点に立つとき、支援チームのヒエラルキーのトップに立つべきは医師ではなくケースマネジャーであるべきなのです。

現実の問題として、多職種チームによるアウトリーチ活動が、医療サービスとして提供される場合、医師を頂点とする制度上あるいは社会通念上のヒエラルキーと、ケースマネジャーを頂点とする理念上あるいは実践上のヒエラルキーの2つが

存在することは、しばしば葛藤や混乱を生み、ときにはチームとしての機能を損なう可能性すらあります。そういった事態を避けるためには、チーム精神科医が、後者のヒエラルキーへの転換の必要性を強く意識し、医師としての絶大な影響力を、リカバリー支援のために用いるという覚悟と実践が必要です。リカバリーを支援するということは、チャレンジを支援することです。そしてチャレンジには失敗もつきものであるからには、そのリスクを取ることに、医師の責任の下にゴーサインを出さねばならない状況があります。リカバリープラン作成の主体は、利用者本人とケースマネジャーが担うわけですが、プランに従って行動した結果における責任は、(すくなくとも現在の社会的・制度的には)医師が負わざるを得ない状況というのがありうるのです。チーム精神科医は、そういった覚悟の上で、利用者の希望とチームがやろうとしている支援に耳を傾け、たとえ、利用者が医療に対して拒否的であったとしても、そこに最適なサービスが供給されるよう行動する必要があるのです。

次に、多職種チームの中で、医師としての専門性が発揮される分野について考えてみます。誰もが真っ先に思いつくものは、薬物療法でしょう。薬物は、有効性と侵襲性の両方において、非常に強力なツール

です。利用者の状況やニーズに合わせて、最適と思える処方をタイムリーに行うことは、現実の支援において、確かに非常に重要な役割であるといえます。しかしながら、それ以上に重要な役割があります。それは、利用者の病状に関する見通しや、それに基づく治療計画を、利用者および他のスタッフと共有することです。場当たりの処方調整は、薬物の知識があれば可能かもしれませんが、短期的・長期的な予後を見通したうえで、治療の方針を策定することは、疾病に関する知識、臨床経験、利用者の病歴の理解や状態のモニタリング(診察だけでなく、他のスタッフや家族からの情報を活用する)など、医師としての高度な専門性を要求される作業です。そして、その情報を利用者および支援チームで十分に共有することが、皆でチャレンジのリスクを取るとき的前提条件となるはずで、よい見通しも悪い見通しも共有することで、チャレンジのモチベーションを高め、失敗したときの落胆を減らして損失を最小限にとどめることができます。医療に期待できる成果と限界、その両方の見通しを共有することで、サービスとしての医療を効率よく利用できるようになるのです。

坂田増弘

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

コラム17

ケースマネジャーからみたチーム精神科医の役割

1) 生物学的な治療（薬物療法）の必要性

支援を効果的に進めるにあたり、利用者、家族、ケースマネジャー、その他の支援者の見立てを統合した結果、病状の悪化・不調のサインの可能性が高く、さらに医学的なアセスメントが必要と考えられた場合、初期の段階で精神科医の判断を仰げる体制が必要です。

利用者の生活上の変化や環境適応への困難さに気づいたとき、日ごろから生活場面を見ているケースマネジャーが、医学的な側面からのアセスメントやアプローチの必要性を感じたとします。その際には、利用者が語るストーリーやストレングスを大事にしつつ、利用者と目指すリカバリーについて丁寧に語り合います。その中で、現在の困難を乗り切るために、精神科医のアイデアも得られるよう、共に相談することを提案します。チーム精神科医には、リカバリーに対しチームと同じ方向性で利用者に関わることが求められ、ケースマネジャーと細かい情報共有を行い、利用者のストレングスも把握していることが重要です。

2) 支援目標の共有

リカバリーに向かっていくための支援目標を、チーム精神科医も共有する役割があります。そのためには利用者・家族との関係作り、アセ

スメント、プランニング、地域とのネットワーク作りが始まります。目標は、達成できたときの充実感を得られるように、具体的で小さい目標を考えますが、医師との会話でもそれらが生かされるように支援します。

3) 緊急時対応

緊急時対応が必要な状況は自傷や暴力のリスクが高い場合、ひきこもりの状況、身体面の危機状態の判断を要する場合など、理由は様々です。

例) 訪問時ちょっとした変化

あれ? いつもと会話の内容や素振りが違う……

他のケースマネジャーと共有 → 支援プランの見直し → チーム精神科医と共にアセスメント+支援プラン、プランの実施期間の明確化

日常生活をより細かく把握しているケースマネジャーが、本人の語る事柄と生活状況をアセスメントし、チームスタッフとチーム精神科医に伝えていきます。それを踏まえ、チーム精神科医に外来受診（往診含む）が必要かを相談します。チーム精神科医に期待したいことは、現在のストレス要因の再評価、入院などの対応の必要性についての評価、自殺や自傷のリスクについての再評価などです。対応のタイミングや場所、伝え方（言葉の選び方）

などを、医師からのトップダウンではなく、ケースマネジャーとチーム精神科医がそれぞれの考えを尊重しながら、共に考えていきます。

入院が回避できないと、判断した場合には、入院の法的根拠や治療方針を医師の立場から本人に伝えていけるよう、周囲をサポートします。

4) ネットワーク作り

利用者を支えるネットワークを広げておくことが重要です。積極的にチーム精神科医と共に地域に出向き、家族、ヘルパー事業所、市役所や保健所などの関係機関との情報共有と協議を進めます。対外的な場面では、医学的な判断が求められることも多く、ケア会議などにはチーム精神科医も積極的に参加し、支援方

針をみんなで決めていくことが大切です。

ここで重要なのが、医師の判断が一方的に押し付けられるのではなく、多職種で多方面からの見立てを共有した上で、医学的な見立ても加え、総合評価をしていくことです。

ここでも、利用者の強みを生かせるような働きかけ・環境調整、訪問の強化、医療面の強化など、サポートのアイデアを出し合い、不調を乗り越え、地域生活の維持をはかれるように取り組みます。

小河原麻衣

(NPO 法人リカバリーサポートセンター ACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J)

2 1人で抱え込まず、チームで対応

多職種アウトリーチのスタッフは、ケア会議などの場合を除いて、利用者の自宅・自室などの生活の場に赴いて1対1、ないしそれに近い個別的な環境でコンタクトをします。このような個性・密室性がある事で、利用者の趣味・興味を持っている事柄や家族との普段のやり取りが見えるので、どのようなストレングスをお持ちなのか・問題が生じているのかというアセスメントに役立つ事となります。しかしその反面、その場で交わされる会話や取り組み、利用者の反応や表情などをその場で他者に伝える事は難しく、その関係性の手応えや感触などは当人にしかわかりません。

1) 訪問に行ったケースを振り返る毎朝のミーティングの重要性

多職種アウトリーチチームにおける毎朝のミーティングは、前日（もしくは休前日）の訪問した利用者の関わりで気になった点や取り組んだ点、夜間・休日に変化があった利用者の状況、当日訪問する利用者に対しての支援の方向性などの情報共有の場となります。訪問に行ったケース以外でも入院中の利用者・家族に会いに行った状況や病棟スタッフや地域スタッフとのカンファレンスの状況なども共有します。ケースマネジャー以外のス

スタッフも利用者からの相談電話を受けることもあるので、大まかな状況を把握し、対応できるようにするためにも朝のミーティングはとても重要な時間といえます。

また、ケースマネジャーが困っていることや判断しきれないことに対しては、良いアイデアが多職種の視点で出てくることもあり、ミニカンファレンスに発展する場合があります。支援の方向性を検討する必要性がありそうな場合は、あらためてITT ミーティングやケースカンファレンスに発展する場合があります。ケースマネジャーやITT が支援に行き詰っているのを抱え込まずにチームで支えあうためにも、毎朝のミーティングでの情報共有は「支援の引き出し」と言えます。

2) チームリーダーが支え役に

チームリーダーの大切な役割の一つは、ケースマネジャーが訪問後に報告してくる際に、利用者の小さな変化や良かった支援に対してのポジティブなフィードバックをタイムリーに行うことです。ケースマネジャーは、支援に迷いがあつたり、地道な関わりの積み重ねのために、小さな変化が起きていることが見えにくくなっている場合があります。ともに小さな変化や良かった支援を喜ぶことで、ケースマネジャーが、自分の仕事に自信を持ち、喜びを見出すことのきっかけができるかもしれません。また、ケースマネジャーが困っていることや利用者の状態の変化にもアンテナを立てるようにしています。チームの環境として、情報発信がしやすかったり SOS を出しやすかったりすることは、非常に大切です。ケースマネジャーは、利用者への思いが強い人が多く、「利用者の状態が悪いのは自分のマネジメントが悪いからかも……」「自分の関わりがまずかった」と思いがちです。バーンアウトしないためにも、訪問から帰ってきて、なるべく早い時点で、自分の思いを語ってもらうことが必要です。それが情報共有の場ともなり、ケースマネジャーの抱え込みにならずに、多面的な視点でアドバイスができます。オフィス内で他のスタッフがいる中で話していくことで、多職種ならではの意見も自然に飛び交うこともあります。

チームリーダーは、ケースマネジャーと一緒に方向性を考え、時には示唆したり、話しやすい環境を整備していくことが役割と言えます。

3) 頻回な ITT ミーティングでプライマリー（主担当）を助ける

多職種アウトリーチチームにおいては、コンタクト時に何らかの判断が必要で緊急性が高い場合は、その場でそのスタッフが判断するか、もしくは、チームに持ち帰って直ちに検討する事となります。この時にプライマリー・ケースマネジャー（主担当）がもっている情報やアセスメント内容が判断の材料・基準となる事が多いので、プライマリーは大きな責任を感じ、迷いを覚える事がしばしばあります。チームに相談したいと思う内容の例としては「急遽（もしくは長時間の）訪問対応が必要となり、当日・翌日の訪問調整が必要と思われる時」、「長期間にわたる休日・時間外対応が必要と思われる時」、「入院や就労や後見人利用など、本人や周囲の人々への変化が大きい支援が必要と思われる時」などです。

一方、アウトリーチチームでは日中スタッフが外に出ている事が多いので、「今すぐに」スタッフ全員と相談する事は難しいのが実情です。この状況で必要になるのが ITT による小ミーティングです。普段から本人と接触があるスタッフ 2～3 人で現在の状況を共有し意見を出し合います。

たとえば、自傷・暴力など、事故への対応や受療支援など緊急性が高いものに関しては、現場のスタッフが既に判断を下して事態が動いているので、それぞれのスタッフが必要な動きを確認して実施します。退院直後で数週間の休日・夜間訪問が必要と予想される場合は、特定のスタッフに負担が偏らないよう調整をします。また、その訪問が本当に必要なのか、電話連絡やその他の方法で代替できないか、どのタイミングで支援を減らすか・終息させるか、支援全体が本人の意向に沿っているか、なども検討します。大切なのは「プライマリーと本人」に判断を任せきりにせず、必要時にいつでも相談できる相談相手として ITT ミーティングが機能するという事です。時には、支援の結果が一時的にネガティブに映る時がありますが、プライマリー以外のスタッフが「こうなると思っていた」と後出して意見を出さないようにする事も大切です。むしろ、プライマリーもその他のスタッフも「今日の訪問ではいろいろ言われてしんどかった」「初めて『ありがとう』って言われて嬉しかった」など、全体の申し送りでも共有されづらい「感情」「思い」も共有できるよう、お互いにサポーターな関係・責任を分け合う関係を構築する事が重要です。また、プライマリーは ITT ミーティングに問題の解決を丸投げするのではなく、議論の叩き台となるような、最低限のアセスメントと仮の方針を提示する姿勢（説明責任）も大事なポイントとなります。このように、ともに責任をもつスタッフ同士の、双方向性のコミュニケーションが求められます。

4) チームリーダーが全体の調整役

この ITT ミーティングには可能なかぎりチームリーダーが参加して現状の把握に努めます。そこでは利用者の状態ばかりではなく、スタッフの疲労度・ストレスや、決定された支援方法や方向性の妥当性についてもチェックし、必要に応じて意見を出します。休日・夜間対応が長引くとスタッフは疲弊し、支援全体が管理的・問題解決的にシフトしていくので、支援方法と量の検討・担当者の増減などについて調整します。また、ITT チームの中で「検討する支援の目的、方法、チーム以外に関わる支援機関との対応の流れ（情報共有と役割分担）、期限」などのロードマップが漠然としている場合、リーダーが質問をしながら明確にする場合があります（特に緊急度が高い場合）。

さらに、扱う問題によっては、特定のスタッフが持つストレスを活用できるように、そのスタッフを一時的に（もしくは継続的に）ITT チーム内に加入するよう調整します。一例をあげると、糖尿病など内科的な疾患が判明して医療的なアセスメントとケアが必要になった時、家族への心理教育が有効と判断された時、就労への希望が明らかとなり地域の福祉の事業所や一般企業との接触が必要と判断された時、成年後見人など制度の活用が必要と判断された時などです。この場合、加入をお願いするスタッフのケー

スロード、疲労度、暴力・セクシャル等のリスクマネジメントも行いながら適切な加入のタイミングを図る事となります。

5) 地域の保健所、行政、本人に関わっている人々との情報共有を日頃から心がける

上で示した支援のロードマップやタイムスケジュールなどは、他機関と連携をして支援を実施する際に、その後の支援の展開がスムーズになるばかりでなく、支援の「お見合い（双方共に「向こうがやる」と思って実施されない事態）」や逆に重複する事態を防ぎ、ケースマネジメントの質を高めます。しかし、これまで全く関わりがなかった他機関の事業所やスタッフがどのような機能やストレンクスを持っているのか、支援に対するどんな信念を持っているのか、あるいは連絡をする方法（面前・電話・メール等）や頻度などは、実際にやり取りをしてみないと判然としません。せっかく作成したロードマップが有効に機能するには、他機関の事業所・スタッフと普段から情報共有をする事で関係構築し、その機能や人となりを十分に把握する事が必要です。また、入院や就労など本人の生活に大きく影響する支援に舵を切る場合には、本人の行動が誰に・どのように影響を与えるのか、そこでの支援がどのような意味をもつのかをイメージし、不要な心配や不安をきたさぬよう、事前の情報共有や経過の説明が必要になります。

ここで共有される情報は本人の個人情報である事が多いので、共有する情報は必要最低限である事、他者に漏れないように留意する事が大切です。可能であれば、事前に本人と「～の場合には誰と誰にその情報を共有して欲しい」とプランを準備できると良いでしょう。

3 家族や周囲との関係づくり

わが国では、多職種アウトリーチ支援の利用者も、家族と同居している比率がとても高いと思います。同居する家族とは、利用者にとって物理的・心理的に最も距離の近い他者であり、最も長い時間接している「環境」でもあると捉えることができるでしょう。

そうした関係や環境にピラミッド型のヒエラルキーを当てはめることができるとしたら、一方で頂点の立場にいる利用者の下で困難を抱えている家族もいれば、他方で家族が頂点に立っていることで本来の力をだせずに苦しんでいる利用者があるのかもしれない。特に閉鎖的な同居生活が長年に渡っているようであれば、そこにはお互いの自立を阻むような、良質とは言えない共依存関係が存在している可能性もあるでしょう。

そうした混乱のなかであって、家族は自らの人生の課題を抱えながらも、利用者のケアをし続けている「当事者」でもあります。利用者が「百人いれば百通り」の困難があるように、家族もまた個別に「当事者」としての困難や課題を抱えられているのだと思います。

在宅を中心としたアウトリーチ支援では、利用者や家族にとって私たち支援者は「一来客者」にしかすぎず、利用者や家族には私たち来客者を家庭のなかに招き入れることを拒

む権利もあれば、その支援内容を拒否する権利があることを忘れてはいけません。支援の有効性や必要性をどんなに謳ったとしても、ケアをしている家族からも了解と信頼を得られなければ、良好な支援を届けることができないのです。

当然のことながら、家族のこれまでのご苦勞を聞き、家族の勞をねぎらうところから関係づくりは始まります。家族が楽しみとしているようなことや密かに誇りに思っていることなどを、そっと教えていただけるような関係を築けて、ようやく私たちの支援が家族のもとに辿りつくような印象です。

家族支援と言っても、実際に私たちができることとしては、これまで家族だけで抱えてこられた「重い荷物」を、その荷物を一緒に持たせていただくことで、家族の肩にかかっていた重荷がちょっとでも軽くなったような気持ちになっていただく、その程度の支援にしかすぎません。それでも、重荷が減ったような気がすることで、ちょっとでも余裕ができて、家族本来の力や持ち味などが前景に出てくるようになれば御の字だと思います。

中井久夫の著書¹¹に、家族支援の心構えにも通じる一文を見つけました。文中の「精神科医」や「者」を「多職種アウトリーチチーム」に置き換えて読んでみてください。

「おそらく、精神科医は、混乱の中に身を投じて、おのれという一要素が、場に加わることによって、そこに何らかの変化が発生し、その中のごく一部にでも、悪循環あるいは閉鎖からの脱出の契機、種子、萌芽が生じることを目指す者である。その行為は計算しようとしてもしつこくせるものではない。精神科医は一種の触媒として、のぞむらくは有益性のほうが有害さよりも少ないような反応を媒介しようとするが、全貌を見渡し、最終結果を予見することはできない。しばしば、はからいを越えた好ましい結果がもたらされることもあるが、それは予想外のたまものである」

その上で中井は、こうした往診（訪問）場面では、局面の奴隷となりつつも、（専門家として）その局面を一時的にせよコントロールできなければならないとしています。実際の臨床現場では、非常に密着した家族関係のなかにいる利用者や家族を支援するにあって、利用者用の担当者と家族用の担当者をそれぞれ別に用意をして、チームで対応するなどしていますが、そうした工夫が「好ましい結果」をもたらすことも少なくないように思えます。また、利用者への支援と家族への支援を同時進行でバランス良く行えるように心がけますが、先で喩えたピラミッド型のヒエラルキーを想定して、その家庭の秩序を慮りながら、順番としては頂点のほうから順に支援の手順を踏むこともあります。

これまでは同居する家族について触れてきましたが、本人が一人暮らしをしていて、ある程度自立をしているような場合でも、家族との断ち切れた関係に何らかのつながりを見出していくことがあったり、兄弟姉妹が抱えている「痛み」に手を差し伸べていくことがあったりします。最近では、「家族」の役割を担う方が、親ではなく兄弟姉妹という方も多くなってきました。「離れた家族」や兄弟姉妹は、同居する親と比較すると物理的にも心理的にも距離は置けているとしても、利用者にとっての重要な「環境」の一要素である

¹¹ 中井久夫：家族の深淵. p7, みすず書房, 東京, 2010.

ことに変わりはないと考えます。

いずれにしても、多職種アウトリーチ支援の目標が利用者のリカバリーであると同じく、家族のリカバリーを目指して私たちは家族支援を行うこととなります。親にも「残りの人生、自分がどんな人生を送りたいのか？」について注意深く耳を傾け、兄弟姉妹に対してもできるだけ早く関わるようにして、親と同じように「今後どんな人生を送りたいのか？」について丁寧に話を聞かせていただく必要があると考えています。

また、利用者の生活の中心となる人間関係は、家族や親せきだけでなく、地域社会にも存在するはずで、友人や知人はもちろんのこと、近隣住民、職場や学校などの人間関係にも多職種アウトリーチチームが関わることが少なくありません。こうした場合には、プライマリー・ケースマネジャーだけが関わるのではなく、例えば就労支援に長けたスタッフをそこに投入するなどして、役割分担をしながらチームで対応するように心がけています。

また、家族支援の場合でも、近隣や職場での人間関係に関する支援の場合でも、電話によるコミュニケーションよりも、できる限り対面で直接やりとりできたほうが、お互いに得られる安心感が大きいと思います。そのためにも、家族の都合によっては、仕事のない休日に顔を合わせられるようにして時間の調整を試みたり、職場・学校側の方の都合に合わせて面談の場所を会社や学校の近くにするなど、物理的・空間的な工夫を試みたりすることも多職種アウトリーチ支援では日常です。

地域のキーパーソンとのつながりは、社会のなかで利用者や家族とともに歩いていく上でとても大切なことだと思います。

コラム18

研究から見えてきた、スタッフのかかわり

疾患の治療や安定を第一目的とするこれまでの精神科医療においては、当事者の抱える「問題」が焦点化されがちですが、科学的根拠に基づく実践を効果的に行う上では、精神障害をもつ当事者自身やその環境の持つ「ストレングス（強み）」をもとにした支援がとくに大切であるといわれています。

果たして、多職種アウトリーチ支援に携わるスタッフは、ストレングスに基づいた支援をどれだけ実施し、利用者はそれをどう受け取っているのでしょうか？

「ストレングス」というキーワードのもと、地域精神科医療モデル班の多職種アウトリーチ支援に携わるスタッフの支援態度を利用者側・ス

スタッフ側の双方から明らかにするために実施した自記式質問紙による調査結果がここにあります。

全国4地区の協力医療機関における多職種アウトリーチチームによる1年間の支援を受けた利用者と、同じ4地区で通常の精神科医療を継続した利用者について、担当スタッフの支援態度をお聞きしたところ、多職種アウトリーチ支援の利用者の方がストレングス志向によるかかわりを強く感じていることが明らかになりました。とくに、多職種アウトリーチ支援の利用者では、「スタッフ自身のことを開示する」「クライシスプランをスタッフと利用者が一緒に作成する」「地域をフィールドに支援活動を実施する」の項目において、通常の精神科医療のみの利用者よりも、ストレングス志向での態度を強く受け止めていました。

ストレングスに基づいた支援では、利用者とスタッフとの「協働」の中で信頼関係や相互関係を築くことを大切にしています。スタッフ自身の適切な「自己開示」はそのための効果的な手段の一つであり、さらに、利用者が生活する地域へのアウトリーチ活動等の具体的実践を通して、対象者に対するアセスメントと働きかけのための豊富な機会が得られるともいわれています¹²。モデル班の多職種アウトリーチ支援では、こうしたストレングスに基づく支援

が実施され、それを利用者自身も受け止めていることが確認されました。

さらに、多職種アウトリーチ支援の利用者による評価と、その利用者の支援に携わった担当スタッフの実施度（各対象者に対してどれだけ実践したか）の自己評価との関係性を確認したところ、大半の項目で利用者－スタッフ間での相違がみられないものの、いくつかの項目については利用者－スタッフ間での認識に差異が示されました。「支援計画・クライシスプランの共同作成」では、スタッフよりも利用者の方がストレングス志向でのかかわりを強く感じ、反面、「スタッフの自己開示」や「地域をフィールドに支援活動」では、利用者よりもスタッフの方がストレングス志向を強く感じていることが確認されています。

ストレングス志向の支援は、多くの側面で利用者－スタッフ間で共有されることが確認されるとともに、支援計画やクライシスプランの作成場面では、利用者はスタッフ自身以上にストレングス志向での支援態度を受け止めやすく、反面、スタッフとの相互理解や地域をフィールドとした活動の実施に関しては、スタッフ以上に希求し、期待していることも推察されます。

多職種アウトリーチ支援の対象者は、必ずしも利用者本人が明確な

¹²Rapp CA, Goscha RJ: The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities 2nd edition. Oxford University Press, Oxford, 2006. (田中英樹監訳: ストレングスモデル: 精神障害者のためのケースマネジメント第2版, 金剛出版, 東京, 2008.)

援助ニーズを感じている場合ばかりではありません。むしろ、自らは支援を求めている利用者との間で支援関係を構築させていく必要があることも多く、利用者自身の主体性を引き出しながら必要な支援を提供していく上で、「ストレングス」の視点はとりわけ大切な手がかりや突破口ともなるはずです。支援スタッフは、利用者のもつストレングスに目を向け支援に結びつけていくとともに

に、利用者にとっての「環境」の一部でもあるスタッフ自身や支援チームとしてのストレングスや支援態度にも目を向け、リカバリーの道筋を利用者とともに描き、サポートしていくことが大切と思われます。

種田綾乃

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部)

4節 危機介入

1 危機の「介入」をどのようにとらえるか

多職種アウトリーチチームによる関わりは、任意の、粘り強いかかわりが基本になります。「危機」と呼ばれる状態であっても、その基本は変わりません。地域生活の中で生まれる危機は多様なものです。日々の関わりがあれば、その多くは「病気としての症状悪化」としてとらえるよりも「生活のうえでの危機」ととらえられて、その危機という辛さに直面している本人と、どのようにしてそれを乗り越えていくかを、ともに工夫していくことになるかと思います。しかしながら、チームの力量不足や疲労困憊のために柔軟な対応を維持できなくなったり、突出してきた精神症状を伴う混乱が大変強かったりした場合、本人の社会生活の維持が極めて困難な状態に陥り、一時的に本人の自己決定を制限し、非自発的にも入院を必要とする場合もあります。

法の一般原理として、強制力を伴う介入が許されるための幾つかのファクターを池原¹³(2003)は以下のように述べています。

¹³ 伊藤順一郎(研究主任):10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン:こころの健康科学研究事業:地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究. 国立精神・神経医療研究センター, 東京, 2003.

①緊急性

自傷や他害などの結果の発生が切迫して、目前に迫っている状態であること。

②重大性

迫っている結果が、生命や身体に対する危害、人の自由や生活の平穩に対する危害、器物の損壊など重大な内容であること。ただし、重大性には程度の差があり、介入の強度は介入によって防ごうとする結果の重大性の程度とバランスを持ったものでなければなりません（比例原則）。

③明白性

介入を行わないと一定の結果が生じることが明らかであること。家族や関係からの情報、今までの行動傾向などから、客観的な根拠に基づいて一定の結果が発生することが明白かどうかを検討されなくてはなりません。

④介入目的の正当性

介入の目的は利用者本人の生命や健康を守ることであるか、家族を含めた他人の生命や身体の安全、自由や平穩の確保など、適正なものであることが必要です。

⑤介入手段の相当性

a. 介入手段の正当性

介入の手段が、精神保健福祉法などの諸法で認められると同時に、医学や心理学、社会福祉学などによって承認される手法によるものであることが必要です。

b. 介入手段の適合性

介入手段は、発生しようとしている個別の危機の状態を解決する効果をもつものであることが必要です。

c. LRA (less restrictive alternative)

介入の目的を達成するために、もっと穏やかなやり方ではその目的が達成されず、これ以外に危機を回避する方法がないということ（介入手段の必要最低限度性）を十分に検討した結果であることが必要です。

以上のような諸条件が満たされる場合には、個別的な法律の強制的な介入の実質的な根拠が存在すると考えられます。精神保健福祉法による、医療保護入院、措置入院の導入もこのような文脈で考えられます。

2 危機の種類と程度

利用者の意思に基づかない非自発的な入院にいたる過程を認めるための「緊急性」の条件は、上記のようにかなり時間的に切迫した限定的な状態をいいます。しかし、実際の事態は徐々に事態が悪化し、危機の度合いが高まってゆくものです。多職種アウトリーチチームとしては、危機であれば何でも許されるが、危機でなければ本人や家族の自由意思に任せるしかないというような二者択一的な考えをもつべきではありません。むしろ、危機の度合いの高まる前の、任意の関わりこそが重要になります。

まずは、本人の直面している、この危機の苦しみを認め、この危機にはどのような意味があるのかを見出していきます。たとえば、淋しさや虚しさがテーマである場合もありますし、疲れがたまっているという場合もあります。生活上の危機のため、食事を満足に食べていなかったり、本人には深刻なこだわりや悩みがある場合もあります。これら、危機の背景にある状況を理解し、暮らしの中で、ともに解きほぐしていくことが、基本となる関わりといえましょう。

また、利用者が安定しているときに困りごとや悩みに耳を傾けるなかで、危機に陥る「引き金」や「サイン」について、利用者本人や家族と共有し、危機に陥る手前に行える対応を、本人にもあらかじめ明らかにしておく、というアプローチもあります。「自分で自分を助ける」方法を発見することで危機を回避できれば、本人の大きな力になります。自己決定に依らない対応をする前の、本人との関わりを密に行うことが、将来の危機を未然に防ぐ可能性を増やしていくのです。

3 自己決定権と緊急時の法理の関係

先に挙げた池原（2003）によれば、自己決定権の保証とは、本人に十分な情報が与えられ、自分が置かれている状況や将来の見通しについての情報が伝わっているという前提条件が保障されて、初めて成り立ちます。「自分で何かを決断する」には、そのような情報の収集と吟味が必要なわけです。そして、情報の収集と吟味は、通常、さまざまなコミュニケーションによってもたらされるものです。

もし、家族や友人との交流、地域、その他のコミュニティへの社会参加などが十分に果たされている場合、人はさまざまなコミュニケーションの機会に恵まれ、自己決定の前提になる情報の収集や吟味が行えるでしょう。しかし、精神障害のために、そのようなコミュニケーションを持つ機会を失い、情報の収集と吟味がしにくい状態になっている場合は、本人の自己決定権を支えるために、不足しがちな情報の提供とその吟味の支援を、支援にあたっている多職種チームがまず行おうとすることが大切です。つまり、日常の支援の中で本人の気持ちを尊重しながら行われる以下のような内容を含む対話、たとえば、その人の持っている精神疾患や障害によってどのようなことが困難として起きうるかとか、あるいは市民としての義務と責任として日々の暮らしの中で守らねばならないルールにはどのようなことがあるかとか、利用者を取り巻く環境の特徴はどのようなことかなどについての対話が、危機の事態に備えるためにも、たいへん重要な役割を果たすこととなります。

自己決定権の保障は、人の話を聞きながら自分の考えを形成する、自分の意見を述べながら相互に考えを練る、という対話過程の基本を具体的に保障し続けるということでもあるのです。

このような対話があってこそ、多職種アウトリーチチームによる支援は、「危機の状態」の発生を未然に防いだり、発生してしまった場合の対応をより円滑にすることが出来るの

です。

4 地域のリソース等の利用や必要性

多職種アウトリーチチームの関わりとして可能なことは、「任意の粘りづよいかわり」であることはすでにのべました。しかしながら、危機の状態に陥り、強制的な関与をせざるを得ない場合もあります。このような場合は、法に基づき強制的な関与を行う権限を持っていることのできる諸機関と協働でことにあたる必要があります。

例えば精神保健福祉法の措置入院の場合はまず、保健所への通報が必要になりますし、医療保護入院の場合は指定医による診察が必要になります。あるいは問題となる行動が、必ずしも「精神症状による」とは言えず、刑法による対応が必要と考えれば、その場合は警察介入となるでしょう。

これらの場合、きわめて実践的な課題としては、切羽詰まってからの諸機関との連絡では、協働作業は円滑には進みません。強制的な対応が予想されるような場合は、事前に情報の共有と、対応についての打ち合わせが必要になります。常日頃の地域ネットワークにおける情報共有の機会があることが、このような時に役に立ちます。

この場合、本人のプライバシーの保護と情報の共有との適切な接点を確認することは、常に必要な作業です。先の池原（2003）によれば、①家族が有する本人についての情報は、家族の承諾があれば活用可能、②支援者が職務上知り得た情報の共有については、支援契約時に情報使用の目的と範囲を明らかにした契約をしていることが重要、③事態の緊急性・重大性によっては、プライバシー権の制約も違法ではない、というあたりが根拠として押さえておくべきこととなるようです。

コラム 19

入院を判断する時の視点

1 アウトリーチ支援における危機介入と倫理

アウトリーチ支援においては、「壁のない病院」などの表現に象徴される、地域や家庭における必要以上の医療管理を警戒する視点が重要です。一方で、ストレングスモデル

やリカバリーモデルの支援で援用される大切な援助理念が、支援者の心の防衛に利用され、必要な医療を受ける機会を奪ってしまうことで、結果として利用者や家族が不利益を被ることを防ぐ視点も臨床実践では無視することはできません。実際には

上の二つの視点をバランス良くもつことが、危機介入における倫理を議論するうえで重要と思われま

2 実際の危機事例にどう対応するか？

単身生活の利用者がいたとします。これまでチームでストレングスモデルでかかわってきたけれども、統合失調症の再発が起こり、本人は薬を飲まなくなって近隣への迷惑行為がエスカレートしてきています。最近、周囲の住人からアパートの立ち退きを要求され、警察も呼ばれる状況になってきました。

この場合、チームはどのような視点でかかわっていくことができるでしょうか？ 多職種アウトリーチ支援では、急性期であっても本人の関心事や困っていることを引き出していきながら、粘り強く関係性を築きあげ、服薬や受診につなげていたり、服薬につながらなくても生活支援の中で本人の病状を和らげていく姿勢が原則でしょう。

大家や警察も含め、地域住民への働きかけを行い、いわば周囲の不安を和らげることで、入院を回避できるかもしれません。頻回の訪問も含めてじっくりと受診勧奨をしていくのはどうでしょうか？ その場合、緊急性が低ければ、薬物療法にはあまりこだわらないでやっていくことができるかもしれません。あるいは再発なので、以前と同様の状態におちいった時の薬の効果も本人も納得できるのであれば、薬物療法を勧めることが大きな意味をもつかも

しません。

病棟ではなく、地域の中で危機を乗り越えることは、本人が自分の力も使いながら危機を乗り越えていくプロセスですから、おおきな意味があります。特定の家族と距離をおくことが服薬などの身体的治療より優先順位が高ければ、クライシスハウスやグループホームのような既存の住居資源を活用したり、里親ケアの形で地域住民の家庭に利用者を預かってもらうことも考慮に値するでしょう。本人が入院を拒むけれども、アウトリーチチームの関わりなら受け容れる余地があるのであれば、ビジネスホテルやカプセルホテルで当座の危機を乗り越えたり、逆に、スタッフが利用者宅に泊まり込んだり、それが難しければ寝付くまで傍らにいたり、といった手段をとることも可能です。特に、26年度の診療報酬改定で、1日のうち2～3回までの訪問には複数回訪問加算がついたので、上に触れたような支援は少し現実的なものになってきたと言えるのかもしれません。

3 やむを得ない入院対応について

危機事例への対応で、入院という選択肢もあるでしょう。しかし、利用者が任意入院を同意できるほどの状態であれば、多職種アウトリーチの支援があれば、本来、在宅で支えられるはずで

機だったのに必要になってしまうこともあれば、その逆もあります。

とはいえ、臨床現場では、非自発的な入院を余儀なくされることもあります。入院の決断をしなかったばかりに、目の前の人が地域から排除されたり、自殺など生命の問題が生じかねない時です。介入を決断する側は、一生その人に恨まれるのではないか、「ストレングスモデル」を大切にしているのに、こんなことをしているのか？ と自問自答します。特にアウトリーチでは支援者と利用者の心理的な距離が近くなっているのに、いっそう苦渋の選択を余儀なくされます。

入院治療が避けられない場合、退院後の関係性を考慮して、他の機関や同じチーム内でも担当以外のスタッフだけが関わった方が後々の

ことを考えるとよいのでしょうか？ それとも、自分が担当している利用者であるからこそ、担当者として入院の決断と現場にかかわるべきでしょうか？ 決して、一般論で言えるものではなく、支援者としてのメンツや理想ではなく本当に利用者の人生を考えているか、お互いにとってのこの逆境を乗り越えて再び関係を作っていくことへの覚悟ができていないか、自分の家族であればどうするかなど、自らの胸に痛みを感じながら、そしてそうした課題と痛みをチームでシェアし、解決していけるかどうか、多職種アウトリーチで問われることなのではないでしょうか。

西尾雅明

(東北福祉大学 総合福祉学部)

Ⅲ 章

多職種アウトリーチによる支援を俯瞰する

1 節 支援開始の実際

1 エントリーは、どのようにして始まるか

1) 本研究の場合

本研究のように、精神科医療機関に入院中に、退院後の支援を依頼される形で、多職種アウトリーチチームに連絡が入る場合があります。この場合、「なぜ、この患者さんには、多職種アウトリーチによる支援が必要か」ということを明確にして、病棟主治医、病棟看護師、ソーシャルワーカーなどが支援の必要性を理解することが求められます。また、そのような判断は、退院間際に行われるのではなく、入院直後には一定のアセスメントが出来ていることが望ましいことです。なぜなら、早く支援依頼があれば、多職種アウトリーチチームは、利用者の入院中から関係づくりに入り、退院後にどのような支援が必要なのかを利用者本人や家族と話し合うことが可能になるからです。したがって、入院後、可能な限り早い時期に支援依頼が出来るよう、その根拠となる情報を入院スタッフが集められるよう、本研究ではスクリーニングシート（表1 13ページ参照）を活用しました。このようなシートを情報共有の道具として利用することをおすすめします。

また、支援依頼が来た場合、多職種アウトリーチチームは、本人や家族との関係づくりにも速やかに入ると同時に、病棟主治医や担当スタッフとケア会議の時間をもつようにします。退院後の状況について、ある程度入院スタッフと合意を得ることが、入院時に病棟ですべきことの整理にもつながり、早期退院が可能になるのです。

2) アウトリーチ推進事業の場合

平成 25 年度まで厚生労働省のモデル事業として行われたアウトリーチ推進事業では、医療中断事例や長期のひきこもり事例など、地域で生活をしていて、かつ、必要な医療や支援を受けていない人々が対象となっていました。この場合、対象者の選定には医療機関が直接かかわることには限界があり、保健所、市町村障害福祉課などが窓口となっていました。つまり、家族などからの相談が、行政の窓口にあがり、これら窓口からの紹介を受けて、多職種アウトリーチチームが動き出すわけです。

このような場合は、本人に出会う前に、家族や行政とのていねいな情報交換が必要になります。どのように訪問を開始したら、本人にも受け入れてもらえるか、最初の出会いが本人にとって脅威とならないようなあり方を、相談しながら決めるわけです。家族や行政と共に行動したほうがよいのか、別の文脈で訪問を開始した方がよいのかなども、検討しながら対応を始めることになります。

3) ACT の実際から

ACT は、精神科医もスタッフの一人として位置づく、どちらかと言えば医療色の濃い、多職種アウトリーチチームです。生活支援ばかりでなく、医療的な支援も必要に応じて同じチームが行うことを前提に活動をしますので、頻回の入院事例や長期入院事例、あるいは医療中断による社会的問題が生じている事例など、不安定で症状の重い人々を対象にしています。具体的には、訪問看護ステーションと相談支援事業、それに在宅支援を行う精神科診療所などを組み合わせてチームを構成し、医療も含む包括的な支援が出来る組織をつくっています。

このような ACT の特色を、医療機関や地域の支援機関、行政などに周知して理解を求めておくことが、ACT が地域社会の中で有効に機能するうえでは重要です。表 4 は千葉県市川市で活動している ACT-J の加入基準ですが、このような加入基準を地域の諸機関に伝え、さまざまな窓口からの利用者の受け入れを促しています。一旦は主治医も含め包括的なケアを ACT は実施していくこととなりますので、このようなチームのありかたを既存の支援機関に理解していただくことも重要です。

2 入院中からのコンタクト（訪問）の頻度が持つ意味

上記のような関係性作りは、簡単に進むものとは限りません。なぜなら重い精神障害をもつ方たちは「こういうサービスを使いたい」と希望される方ばかりとは限りません。むしろ、困難な状況の中で戸惑っていたり、新しいサービスや関係者を紹介されることに警戒感をもっていたり、過去に精神保健福祉医療のサービスのなかで辛い経験をする中で支援に不信感をもっていることも多いものです。また生活全体に困り感をもっていたとしても、状況が混乱している中で具体的にどのような点が課題なのか、十分に整理されているとも限りません。

表4 ACT-Jのエントリー基準

年齢:	18歳以上60歳未満
居住地	市川市内全域、松戸市南部（車で片道30分以内）
診断	統合失調症・双極性障害・大うつ病性障害(重度)を中心とする精神疾患を主診断として有するもの
除外基準:	発達障害を主診断とするもの、IQ50未満のもの
過去1年間の日常生活機能: 以下のいずれかの条件を満たすもの	
(ア)	自分ひとりでは、通学、就職、通所機関の利用、家事などの社会的役割を6ヶ月以上継続して遂行できない
(イ)	自分ひとりでは、衛生管理、栄養管理、安全管理、書類管理、危機回避など、地域生活において必要な課題を一貫して6ヶ月以上遂行することができない
(ア)、(イ)	いずれかに該当
過去1年間の精神医療サービスの利用状況: 以下のいずれかの条件を満たすもの	
(ア)	長期入院からの退院者、退院予定者(100日以上入院からの退院者)
(イ)	頻回の入院患者(1年間に2回以上の入院、2週間程度の休息入院を除く)
(ウ)	通院中(家族受診のみ含む)であるが、ほぼ1年間を通してひきこもり状態(家族以外との接触がほぼなく、外出が通院にほぼ限定される)にあるもの
(エ)	実質的な治療行為が6ヶ月以上中断中
(ア)、(イ)、(ウ)、(エ)	いずれかに該当

したがって支援を導入するためには、スタッフは利用者の方たちとの関係性作りに時間をかけることが必要になってきます。例えば、本研究では多職種アウトリーチ支援のスタッフは、支援の導入にあたっては平均79.4日の入院中に、利用者の方1人あたり月平均8.8回、時間に直すと月平均297分程度（移動時間など含む）にわたって訪問や面接など実コンタクトを行っています。月に平均8.8回といえ、週に2回程度ですし、それを3ヶ月弱続けていますので、かなりの時間をあてて利用者との関係づくりをしているといえるでしょう。

このなかで利用者の方々に、スタッフがどのような者で、どういったことをお手伝いできるかを自己紹介するとともに、利用者の方が何に困っているのか・退院後にどのような暮らしをしていきたいか等をゆっくり整理していきます。関わり始めは性急に課題に切り込んで解決の方法を具体的に計画する、というよりも、基本的には信頼関係を構築する時期であり、スタッフが『具体的に応援してくれる人』というメッセージが利用者の方に伝わるのが重要です。

避けたいのは、病院側としてアウトリーチチームのスタッフに「数日後に退院なので関わってほしい」と急な紹介をしたり、またチーム側も「報酬にならないので退院後から支援します」というような状況です。先に述べたように、重い精神障害をもつ方は、新規の支援者に対して不安感や警戒感を持たれていることが多いものです。短い日数・あるいは退院後に外来ベースで関わりをつくらうとしても、十分な時間や頻度がとれず、導入がうまくいかずに必要な事例に支援が届かないという状況がでてきます。そのためにも主治医

を中心とした病院側とアウトリーチチームが、初期の関与の重要性について十分なコンセンサスを共有し、上記のプロセスに時間をかける体制を確保することが重要となります。

2節 地域でのコンタクトの実際

1 コンタクト密度の重要性

精神障害をもつ方への訪問支援といっても、利用者の方に時折訪問するといったスタイルもあれば、足しげく訪問するというものもあるでしょう。では「妥当な支援の量（密度）」といったものはどのように考えればよいでしょうか。

例えば、いわゆる ACT と精神科訪問看護の訪問頻度を研究した吉田らの研究（2011）¹⁴ では、日本の全国の ACT チームでは平均月 8.5 回、精神科訪問看護では平均月 3.6 回の頻度でコンタクトをしていた、と報告されています。I 章で述べたように、多職種アウトリーチチームの支援のあり方には ACT のような重装備の支援から、精神科訪問看護などを活用したものまで幅があるわけですが、こうした数値は現状、アウトリーチチームがどれだけの頻度でコンタクトしているかについてのおおよその目安となるでしょう。

しかし、この支援の量は「本当に適切なのか」という議論になると、上記の目安では十分な根拠があるとはいえずにありません。実際には多すぎるのか、少なすぎるのかという判断は、「全国的な平均値がそうだから」ということを理由では十分に説明されないのでしょう。

本研究では、この問題に対して、通常の治療をした方（対照グループ）と、多職種アウトリーチチーム支援をうけた方（介入グループ）の 1 年間の主観的 QOL の変化を比較して、以下のような興味深い結果が見られました。

今回の介入グループの方にもアウトリーチ支援を多く受けている人・少なく受けている人が混在していたのですが、こうした支援の多寡を考慮せずに、まず、介入群全体と対照群とで比較した場合では主観的 QOL の変化に大きな差は見られなかったのです。しかし、介入群の中でも平均月 180 分以上の実コンタクトを受けている人に限定すると対照群よりも主観的 QOL が上昇している傾向がみられ、さらに平均月 240 分以上の実コンタクトを受けている人に限定すると対照群に比べ主観的 QOL が有意に上昇していました。今

¹⁴ 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希, 英一也, 高原優美子, 角田秋, 園環樹, 萱間真美, 大島巖, 伊藤順一郎: 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討: assertive community treatment と訪問看護のサービス比較調査より, 精神障害とリハビリテーション, 15: 54-63, 2011.

後さらなる検証は必要なのですが、このことは「支援の量」が「支援の効果」と関連している可能性を示唆しているといえそうです。月180～240分といえ、もし1回の訪問で60分利用者の方とコンタクトするとすれば、月3～4回以上となります。

実際には適切な支援の量、というのは利用者の方の状態や希望によって変動するわけですし、平均をとって一般化することには限界があります。しかし、重い精神障害をもつ方の地域生活を厚く支援する場合には、日常生活の具体的な様々なことに対応していく必要があります。また、利用者の中には障害・生活の状態が不安定な方も多く、支援者と利用者がコンタクトをしばらくとらないうちに、状態が急変・悪化していた、ということは珍しい事ではありません。さらに、利用者の方と頻繁にコンタクトを取っている方が、困りごとが起きた場合の主たる相談窓口になりやすいことを考えると、アウトリーチの支援者が他のサービスより低い頻度での関わりをしていると、対応の責任の所在として十分機能しなくなってしまうという問題もあります。科学的に何回以上ということ断言することは難しいわけですが、支援は月に1～2回ということではなく、それ以上の頻度で行うことが、支援の機能上も、またアウトリーチチームが支援の責任の中心となる意味でも、望ましいと言えるのではないのでしょうか。

2 支援の密度の時間的推移

1) ACTの場合と一般訪問看護の違い

ではこのようなコンタクトの頻度は、どのような推移をたどっていくものなのでしょうか。支援をしていくうえでは、この「支援の見通し」をもっている必要があるでしょう。

訪問看護・ACTに関する吉田らの研究(2013)¹⁵では、支援の総量が1年間でどのように変化したのかを調べています。その結果、訪問看護では社会的機能(GAF)が改善した利用者への支援の総時間が低下していたのに対して、ACTでは社会的機能(GAF)が改善した利用者・改善しなかった利用者のどちらでも支援の総時間は低下していませんでした。また支援の内容も訪問看護では経過の観察など間接的な支援にシフトしているのに対し、ACTでは直接的な支援を持続的に行っていました。

訪問看護を提供していると、状況や状態が改善していった支援の量や内容をより軽いものにシフトしていくことができるような場合もあります。しかし、ACTの利用者の方は、訪問看護と比べてGAFが低かったりするなど、より重い状態の方が対象となっているという側面があります。重い精神障害をもった方たちへの、多職種アウトリーチ支援では地域生活の維持には効果があるものの、必ずしも社会的機能や障害状態そのものが急に改善

¹⁵ 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希, 高原優美子, 英一也, 角田秋, 園環樹, 萱間真美, 大島巖, 伊藤順一郎:重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討: assertive community treatment と訪問看護のサービス比較調査(続報): 1年後追跡調査からみる支援内容の変化, 精神障害とリハビリテーション, 17: 39-49, 2013.

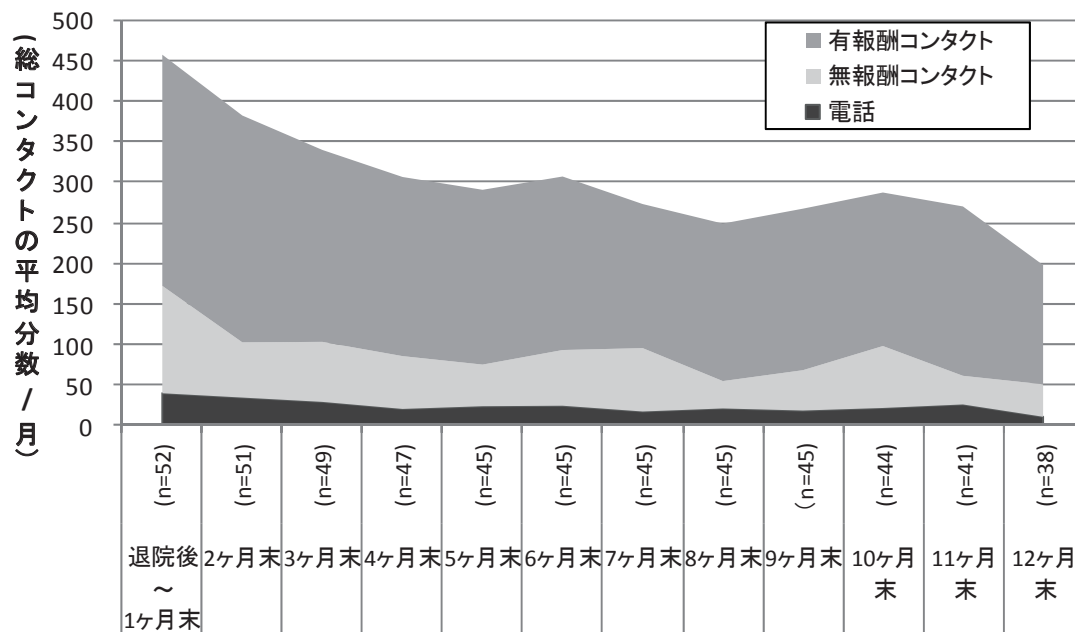


図1 退院時からの総コンタクト時間（平均）の推移（単位：分/月）

する、ということではないことは、複数の研究結果を統合した Marshall らの研究（1998）¹⁶でも指摘されていることです。逆に言えば、ACTのような多職種アウトリーチチームでは、重い障害をもつ方たちの生活を地域で継続的に支えるために、支援の量を急に減らすのではなく、具体的で濃密な支援を持続的に提供していく必要があるといえそうです。

2) QOLの向上を目指す、サービス量は短期では減らない

本研究でもこうした状況は示されています。図1は多職種アウトリーチチームの支援量を示したのですが、退院後から12か月後までの利用者一人あたり支援を行った総コンタクト時間と推移をしめたものです。退院直後にやや支援量が多くなっているものの、その後の支援の量は大きく減じずに推移していることがわかります。

重い精神障害をもつ方の生活ニーズは多様な領域に渡り、また状態の変化によって、都度新しいニーズが生まれてくる場合も少なくないものです。こうした特徴から、単に疾病の面だけを見るのではなく、生活状況全体を支えQOLを改善・向上しようとする、継続的に密度の濃い支援をしていく必要がでてくるといえるでしょう。

¹⁶Marshall M, Lockwood A.: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2, 1998. doi:10.1002/14651858.CD001089 [Published online]

3 支援の多様性

1) 本人への様々な支援

(1) 生活全般の直接支援

では具体的にはアウトリーチ活動では、どのような支援を行っていくのでしょうか。研究結果からその内容を見てみましょう。

図2のグラフは本研究で多職種アウトリーチ支援を行った場合、何の支援がコンタクトの何%で行われていたのかを、時期ごとにあらわしたものです（例えば『関係性の構築』であれば、入院中の期間ではコンタクトの42.4%で行われていることを示しています）。

ここで注目したいのは、その支援内容の多彩さです。確かに多職種アウトリーチチームの支援において『ケア計画の作成・ケースマネジメント』や『精神症状の悪化や増悪を防ぐ』ということは、各々の時期で支援される割合が多い重要な内容です。その他に、『日常生活の維持・生活範囲／技術の拡大』や『対人関係の援助』『家族への援助』『身体症状の援助』『社会生活の援助』『住環境の援助』『就労・就学の援助』など様々な領域の内容が含まれます。

人が生活をしていくうえでは、疾病のことだけを考えて生きているわけではありません。生活上の課題は、食事や清掃・静養や金銭管理など身の回りの問題のことや、住まいの問題、就労や就学の問題など、多岐にわたります。また重い精神障害の方は、高齢化したご家族と一緒に同居されていることも多く、家族への支援も必要になってくる場合があります。こうした様々なニーズに対して通常の支援では、地域の社会資源を活用しながら対応していくわけですが、重い精神障害をもつ方はそのような社会資源の安定的な利用に困難を覚えることも多いわけで、これを多職種チームが直接アウトリーチによって支援するわけです。

またその支援の仕方も、経過を見守るというのではなく、スタッフ自らが直接支援を行うといった場面が多くなります。吉田らの研究では、ACTの場合は、経過を見守ったり、助言や相談をするだけでなく、実際に支援者が直接的に「手を出して」支援をすることが多いことが明らかになっています。利用者の方に助言・アドバイスをするだけでなく、例えば調理を一緒にやってみたり、公共施設・交通機関の利用の練習をともにやってみたり、あるいは家さがしや家財の整理などにつきあったりしています。内容は人によって様々ですが、その人の具体的な生活の希望を支えるために、個別的な課題に支援者自身が直接支えることが必要になっているわけです。

もちろん、本人の希望を実現するために、ホームヘルプや就労支援など他の社会資源を利用することも考えられますし、利用者の方自身の生活スキルを伸ばして対応していくこともありえます。しかし、先に述べたように、多職種アウトリーチ支援は一般のサービスが利用困難な方に、多様な支援を集中的・直接的に提供することが主たる目的なわけですので、他のサービスをいきなり活用することが難しく、チームのスタッフを中心的に支援

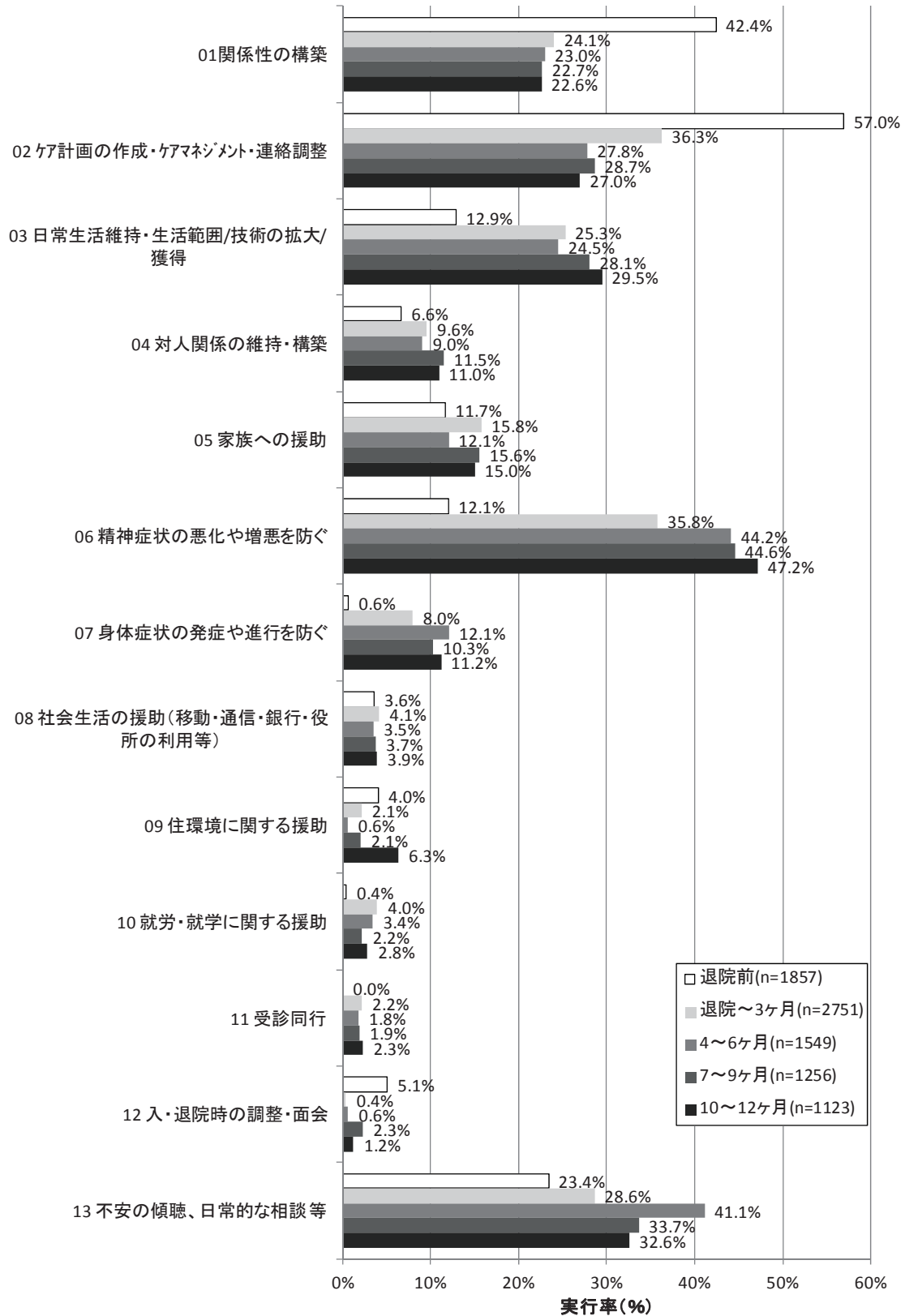


図2 多職種アウトリーチチームの支援内容の時期別の推移

を行い、生活状況やご本人自身の安心感などをみながら、徐々に利用の幅を広げていく、というスタンスが必要になることが多いのです。

(2) 身体管理も大切

様々な領域と述べましたが、注意しておきたいのは身体健康の管理の問題です。重い精神障害の方への医療的関与というと、精神症状に対する薬物療法や、その副作用に対する対応などがイメージされることが多いのですが、身体健康管理全般に配慮する必要があります。

勿論、すでに身体健康面で糖尿病などの合併症を抱えて、治療を受けている方も多くいらっしゃるのですが、生活が崩れがちな場合など、予防的に今後の生活習慣病や歯科衛生の問題にも注意することが必要です。図2をみても、多職種アウトリーチチームは退院後、常に10%以上の時間を身体管理にかけていることが分かります。

生活改善という文脈では、身体を大切にするという、本人のモチベーションをどのように上げていくかがとても大切なこととなります。睡眠や食欲、体のだるさ、など「身体の声に耳を傾ける」ことができるような環境をつくっていくことは、アウトリーチチームが、常日頃、工夫する必要のあることでしょう。利用者の小グループで話し合ったり、栄養管理士の力を借りたり、主治医も交え薬の副作用について検討したり、いろいろな選択肢がありそうです。また、自治体が行う健康診断などへの受診も滞ることがあり、その結果として重篤な疾患が早期に発見されないこともあります。積極的に健康診断に誘ったり、内科医の診察に同行したり、身体の状態に関心をもつ習慣を、スタッフともども共有することが必要ではないかと思います。また、薬物療法に伴う血液検査のデータなども、主治医と本人・支援者で共有されているとは限りませんので、チームのスタッフがデータから読み取れることを説明することも有用です。喫煙のことや、多飲水のこと、あるいは食事面の偏りなどなど、「問題探し」を始めれば、いろいろな課題をもっている方も多いたのが現実です。身体のありようについての本人の希望を聞きながら、ゆっくり、しかし、確実に、体が楽になるための取り組みを続けることは、医療も含む多職種チームならではの強みかと思えます。

コラム20

支援の多様性

多職種アウトリーチの利用者は、生活面と医療面それぞれのニーズが高い状態にあります。本人が「やってみてもいい」と思ってくれさえす

れば支援を開始するのは難しいことではありませんが、「関わらないで」と拒絶されてしまうこともよくあります。そして、むしろそういう方は

ど、サポートが必要な状況である場合がほとんどのように思います。例えば、「入院なんて絶対にいや！」と強く思っているが、入院を繰り返さざるを得ない状態になっている方もそうです。どうやったら入院せずにやっていけるか一緒に考えていこうよ！と伝えたところで、前向きな反応は簡単には返ってきません。

その方が大切にしたいことは何か、何に困っているのか、ひとつひとつの思いに心を傾けることから支援は開始しますが、そもそも関わって欲しくないと思っている方たちなので、客観的には様々な支援ニーズがあったとしても、はじめから複数のサービスを利用することは困難です。アウトリーチチームに細々とでもつながっていることで、風穴を広げていく役割を果たしているのだと思います。

私たちが少なくとも「害」にならない存在であると分かってもらうには、まずは安心な時間と場を共有することが大切です。一緒に音楽を聴いたり、食事をしたり、ゲームをしたり、ギターを弾いたり、ドライブをしたり…。本人とつながり続けるために、掃除屋に徹したり、買い物代行するときもあります。

実は、はじめは、「掃除をするのはヘルパーさんに依頼するべき内容じゃないの？」「訪問看護でドライブするってありなの？」という疑問がどこかにありました。しかし、今では、その方につながるチャンスとなるのであれば、掃除だってドライブだってすることが大事だと信じて

います。本人が求めているものを提供しても本人とつながれるわけがありませんし、つながれなければ何も始められないのです。私たちのアウトリーチを利用することになった方で、従来型の訪問看護を受けただけでもすぐに拒絶して何度も何度も医療中断による入院をしていた方がいました。本人が行きたいと言うところへドライブしながら本人の語りに耳を傾けることを繰り返して1年ほどたったある日（その間には再入院もありましたが…）、「あんたたちに来てもらうようになってよかったよ」という言葉をかけてくれたのです！その日訪問したスタッフからその報告を受けた時、改めて、本人の気持ちに添うということの大切さを深く感じました。

地域生活を継続していくためには、当然、アウトリーチで楽しいことだけ一緒にやっていたらいいというわけではなく、症状コントロールや身体面での健康管理も欠かせない視点です。ただ、みなさんも同じだと思いますが、何をどのようにどこまでやったらよいのか迷いの日々です。この視点での関わりは、ともすると、本人が「管理されている」「自分の思いを尊重されていない」と感じることに繋がりがやすいからです。服薬支援ひとつとっても、訪問時に服用をうながしている方もいれば、敢えて服薬のことは話題に出さないようにしている段階の方もいます。身体管理についても同様です。本人にモチベーションがないのに、支援者側が心配してあれこれ言ったところ

で事態は好転しません。とは言っても、そのままにしておくとは命の問題に発展しかねないので、支援する身としては苦しいところです。そんな時、私たちのチームでは「本人のストレングスに着目する」ことに立ち返ることで、どこに介入の余地がありそうかを模索してみます。異性スタッフから「長生きしてほしい」っと言ってみてはどうか？ おしゃれ

好きだから着たい服を一緒に考えてみては？ などなど…。多様な支援が展開できるよう、頭をやわらかくして、たくさんのユニークなアイデアを出せる発想力も、アウトリーチ支援を行う上で大切にしたい力です。

伊藤明美

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

2) 家族への支援

(1) 家族の困窮を支える

先にも述べましたが、日本では精神障害の方はご家族と同居している場合が少なくありません。また同居はしていなくても、本人の支え手としてご家族は大切な存在です。

しかし、そのご家族は、ご本人のこれまでの障害や生活難を支えることで疲弊しきっていたり、また高齢化していたり経済的問題を抱えていることが少なくありません。またご家族の孤立や見通しの立たなさから、家族自身が不眠や不安、うつなどのメンタルヘルスの不調に陥っていることも少なくないものです。またご本人とご家族の間で緊張の高いコミュニケーションがなされて、感情表出 (Expressed Emotion) が高まっていることもあります。アウトリーチの支援者は、家庭に訪問するわけですので、ご本人のみならず、このようなご家族自身の困窮に対しても直面することになります。

ご家族はスタッフとともにご本人を支える重要な存在ですので、その力が十分に発揮されるよう、家族自身もまた支えられる必要があります。心理教育的な関わりによってご本人とご家族が、よりお互いに過ごしやすいコミュニケーションを可能にするような情報提供・支援も大切でしょう。

しかし、そうした「支援者としての家族を応援する」といった支援だけで必ずしも十分とはいえません。負担に押しつぶされそうになっている家族にとっては、支援者による情報提供・応援や励ましといった間接的な支援だけではなく、家族にとって重荷となっている本人を支えるための労苦を、具体的かつ直接的に支援する必要が少なくないのです。そのためには、既に述べたような直接的支援をスタッフが本人に提供するとともに、場合によっては担当をわけ、ご家族自身の困難 (高齢化・精神的な不調・経済的な問題) などへ個別に支援をする必要もでてくるでしょう。これらは家族と信頼ある関係を結び、支援を協調していくうえでも重要なことです。

コラム21

臨床の現場から

1) 家族全体を支える支援をめざして

利用者への支援を進める中で、利用者への支援だけではうまくいかないと感じる事がよくあります。家族と同居する利用者や、別居していても家族が身近で関わる事が多い中、利用者と家族の関係がお互いにとって無理がなく、それぞれが自分らしい生活を送れるような、家族全体への支援が私たちには求められていると実感します。家族には培われてきた家族間の関係性があり、家族ごとの歴史(ストーリー)を丁寧にあつかうことが大切です。

支援開始時、家族はサポートを求め一方で「生活が変化すること」「かえって調子を崩すのではないか」「これまでの関わりを否定されるのではないか」といった不安をもちやすい印象があります。そのような複雑な気持ちにも理解を示し、謙虚な姿勢で向き合い、訪問を受け入れていただくこと。利用者と家族それぞれの思いに耳を傾け、安心して話してよい相手と信頼していただくことが重要です。

家族は孤軍奮闘でケアしてきたが疲れ果て、孤立感を強めている場合が多いです。心配のあまり、利用者から目を離せず距離が近くなりすぎ、関係がぎくしゃくしていることもあります。また、家族は病気や障

害への対処について、一般的な情報を得ていても、自分の家族への生かし方が見えず試行錯誤している場合が多いとも感じます。このような家族の状況が、生活の場に訪問することで見えてきます。

利用者と家族双方の思いを聞き、今どのような状況にあり、どのような工夫をすると暮らしやすくなるのかを一緒に考えます。誰にも言えず頑張ってきた家族の胸の内、日々の辛くて大変な気持ちを十分にお聞きし寄り添います。当初は、家族間コミュニケーションの橋渡し役として、双方の思いを伝える役割をとることも効果的です。

そして、生活上の具体的な困りごとに対して、すでに家族内でやれていることを共有しつつ、今までとは違う“小さな工夫”を、利用者-家族-スタッフの三者で話し合い設定していきます。“まずの一步”を踏み出してみることが大切です。たとえば、『訪問で利用者とスタッフが話をしている間、お母さんが久しぶりに一人で外出してみる』などは、取り組みやすい一歩です。取り組みを重ねるなかで、少しずつ変化が起きてきます。第三者が加わる中で、利用者と家族が穏やかに会話できる時間が増え、徐々に利用者と家族が自然なコミュニケーションを取り戻していく。このような、関係性を取

り戻すお手伝いを、本人支援と連動した家族支援だからこそ担えたらと思います。

多くの家族が“親なき後”の心配を口にされます。本人と家族の心情や支援段階を考慮したうえで、家族が担ってきたケア役割を少しずつ支援者に移譲し、利用者が家族以外のサポートを得ながら生活基盤を安定させていく姿を、家族に見ていただくことが大切と感じています。家族が安心感をもってケア役割を手放していけるよう、心配な時はいつでも相談できることもお伝えします。

2) 家族相談会が果たす役割

アウトリーチでは個別の状況に合わせた取り組みができますが、同じような苦しみや悲しみを経験した他の家族から得られる“本当の意味での共感”“リアルな情報”“自助の力”という点で限界があります。ACT-Jでは、家族相談会を月1回開

催し、家族が気持ちを分かち合う場を提供しています。家族は安心して気持ちを話せる相手を求めており、経験や思いの共有によって孤立感を和らげているように感じます。他の家族の思いや対処に触れ、同じような状況の話は自分に引き寄せて聞き、今まさにお困りの家族には、皆からアイデアを出すという形です。

利用者の状況に目立った変化がなくとも、家族の気持ちの余裕が伝わってくるようになります。相談会の参加を機に、「本人を見る目が変わった」「怒鳴ることが減った」と嬉しい声も聞こえてきます。スタッフにとっても、家族のもつ強さを感じる場となり、力をもらうことが多いです。

安田テイ

(NPO 法人リカバリーサポートセンター ACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J)

(2) 家族自身の生活をとりもどす支援

家族は本人の障害や症状のケアで手一杯になってしまい、自身の生活のほとんどをささげているような状況になっていることも少なくありません。しかし生活に極端の制限がかかっている状態では家族が疲弊していき、過度の巻き込まれや、心配のあまり批判や叱咤をしてしまうなど、家族の間のコミュニケーションの状態が悪くなっていくものです。こうした行き詰った状況は、家族や本人から状況を変えていくためのエネルギーをうばいがちなものです。

こうした家族にとっては、本人への対応を中心とした日常から、本人の事を気遣いながらも自分たちのペースで生活できるようにすることも大切です。例えば、社会的な交流を持つ場面に出かけたり、息抜きのための趣味や余暇の時間をもてるような工夫を一緒に考えていきます。あるいは、家族があきらめていた自分の仕事をとりもどすということもあ

ります。こうしたことを通じて、家族自身が余裕を取り戻していくことで、本人との関係も変わり始め、家族全体の未来への可能性が増していきます。

3) 環境との関わり

(1) 民生委員、大家、保健所など地域資源との関与

ご本人・ご家族は、医療機関や社会福祉の事業所とのみ関係をもっているわけではなく、近隣の住民や、大家、友人、親戚などとも関係を取り結びつつ生活をしています。こうした利用者を取りまく人間関係は、その方を支える大切な社会資源ともなりえますし、支援者は、必要に応じてこうした人たちとの調整役になることもあるでしょう。

具体的には

- ・居住に関する大家や近隣の住民との調整
 - ・商店やサービス等、一般の社会資源を利用する際の紹介や事情の説明
 - ・保健所から紹介を受けたケースのフォローや連絡
 - ・当事者の家族を支えている介護保険上のサービス事業者
 - ・緊急連絡が入った場合の救急や警察などとの情報の共有
- など様々な場面が考えられます。

これらの周りの人々とご本人が個別に関係していたときには、場合によってはトラブル等によってコンフリクトが生じていた場合もあるかもしれません。しかし、ご本人を直接・責任をもって支えるアウトリーチの支援者の存在の登場は、こうした人々にとっても心強いものになる可能性があります。周囲の人々の不安感を取り除いたり、ご本人にとっての理解者を増やしたりすることで、本人を応援するネットワークを広げていくことも支援者の大切な役割の一つです（ただし、こうした周囲との情報共有や連携は、あくまでご本人やご家族の同意を得たうえで進めることが必要です）。

なお、アウトリーチチームによる支援は直接的支援を行うことが重要である、と先述しました。このことはチームによる支援の責任をはっきりさせるという点もありますが、片方で、その方の支援について、チームと利用者だけの関係性になって閉じていってしまうおそれもあります。こうした関係性ではチームが、その方の本来の力を損ね、奪ってしまうようなことにもなりかねません。

ノーマライゼーションの観点から考えれば、その方の暮らしが一般の社会に開かれていくことはとても重要なことです。アウトリーチチームが目指す支援は、支援者と本人だけの関係性が閉じていくことではありません。その方をエンパワメントすることで生活がより一般の社会に向けて多彩に広がることにも配慮していくことが大切です。その方のリカバリーが進展していくにつれ、最初はチームや主治医との関係だけに限られていたその人を取り巻く関係性が、次第に地域の精神保健福祉の社会資源のスタッフに広がり、そしてここで述べたような一般の社会の人々に開かれていくようなあり方が目指されるといえるでしょう。

(2) ケア会議・情報共有の意義

なおこうしたご本人を支えるネットワークづくりをするためには、ケア会議を行うことが大変重要です。ケア会議を開くことで、利用者の方と、その方を応援する人々をつなぐと同時に、情報を共有し、ケアプランの方向性を一致させていくことができます。また、ご本人の意向をサービスに反映させ、ご本人自身の力を活かすためにも、利用者の方本人にケア会議に参加してもらうことも大切なことです。こうしたケア会議は主治医の医療機関で行うこともあれば、本人が利用する地域の事業所や、働く場で行う事もあるでしょう。

特に重い精神障害者の方の場合、状態が不安定になる方も少なくありません。そうすると一度立てた支援の方針を状態に合わせて変化させていくことが必要になる場合があります。通常のケースマネジメントより、頻繁かつ柔軟にケア会議を開催する必要があります。

なお、情報共有は全ての成員がそろった『ケア会議』という形で行われるとは限りません。支援の大枠が決まった後は、実務レベルで関係するスタッフのみで調整を行う会議もありますし、また何らかの会合や勉強会で集まった時などに、随時情報を共有するということもあるでしょう。また地域の勉強会・検討会に参加するなどのコミュニティづくりに参画していくことも、個別の支援活動を円滑にしていこうえでは重要です。

アウトリーチチームというと、利用者の方の自宅におもむいて支援をする、というイメージがあります。しかし実際には、自宅を中心に直接支援を行うだけでなく、周囲の関係者と情報共有をしたり連絡調整をしたりする場を多く持つために、フットワークを軽くして地域に出ていくことが必要です。“アウトリーチ支援”という言葉は、そうした広がりを含めて使われているといえるでしょう。

コラム22

チーム外の機関とのつながり

多職種アウトリーチチームは、その組織特性から高い機動力でもって、状況に応じた包括的なケアを適宜提供することができます。場合によっては、一つの多職種アウトリーチチームで、利用者の生活全般を集中的に支えることが可能となるかもしれません。しかし、それは一歩間

違えると、チームによる「抱え込み」状態となり、周囲の人たちからしてみると「見えにくい」サポートに陥ってしまう可能性もあります。

私たち東北福祉大学せんだんホスピタルの包括型地域生活支援室(S-ACT)では、実際にそのようなご批判を周囲の方々からいただいた

時期がありました。同じ施設のなかにある病棟との連携においてすら、情報の共有に困難を抱えた時期があります。「見えにくさ」以前にも、たとえばケア会議を開くとしても、日中は訪問に出かけていて施設内にいないS-ACTの都合があり、夜勤があるため担当の看護師の日程が合わせづらいなどの病棟の都合もあり、もともとケアや情報の共有が難しいところは確かにありました。

現在では、毎週1回定期的に病棟担当の精神保健福祉士らと情報交換会を開いたり、病棟主治医と病棟師長、S-ACTのチームリーダーの3者で必要に応じて情報交換会を開いたりすることもあります。また、S-ACTのスタッフが時間を合わせて毎朝の病棟や外来の申し送りに参加したり、病棟でのカンファレンスに積極的に参加したりするなどして、だいたいが情報の共有が図られるようになってきました。

個人的な印象では、たとえば入院中の利用者の自宅などへ退院前に外出する際に病棟スタッフと一緒に出かけS-ACTの関わりをみてもらったり、退院後の利用者の生活の様子を積極的に病棟スタッフにもフィードバックしたりすることが、「溝を埋める」ための工夫になっていると思います。

また、上述したようなご批判は、地域の関係機関の方々からもいただいていた時期がありました。病棟との連携も含め、私たちの未熟さ・力量不足を認めざるを得ません。

それ以降は、積極的に地域の関係

機関の方々とも顔を合わせる努力を積み重ねています。たとえば利用者が一番多く住んでいる仙台市青葉区においては、行政（障害高齢課や生活保護課）のスタッフと定期的に情報交換会を開いたり、定期的に行われている福祉事業所の会合にも顔を出したりしています。関わりのあるヘルパーや町内会の皆さんらとも情報交換するようになりました。他の区の行政や福祉事業所ともできるだけ顔を合わせるようにしたり、仙台市精神保健福祉団体連絡協議会が開催する会合や市内で開催される就労支援の研修会などにも参加したりするようにしています。

情報やビジョンを地域の関係機関の方々とも共有していく上で最も効果的だと思えた工夫は、行政の保健師や生活保護の担当者、相談支援事業所の支援員と、日時を合わせて一緒に利用者のところへ訪問し、利用者を通じてお互いの関わりを見ながら共に学び合うことでした。

いま直接的な関わりがないとしても、今後利用者が多職種アウトリーチチームを卒業することを考えると、その後の支援を地域に委ねていく見通しが当然のように想定されます。そう考えると、地域のネットワークの一員であることを意識してコミュニケーションを円滑にしていくことは大事なことであり、地域の課題なども共有していく必要があると、自戒を込めて思います。

最後に、ちょっと気になっていることを一つ。多職種アウトリーチチームの目標は利用者のリカバリー

の旅の応援であり、ケアチームのなかでも利用者が主体性を発揮できるようになることが理想と考えています。しかし、実際の関係機関とのやりとりのなかでは、本人が不在のまま専門家だけで行われる「処遇検討会議」が目立ち、かつそれが「ケア会議」と称されていることが多々あります。これはちょっと気がかりな

ことです。「生活者としての本人が中心」という概念は、利用者への直接支援の場面だけでなく、会議の持ち方など間接支援の場面でも実現されていなければならないことだと思います。

梁田英磨

(東北福祉大学 せんだんホスピタル)

【2節 追補 いくつかの事例から】

【事例①（社会参加）：人とつながれる場の確保の支援】

Aさんは、中国で生まれ育ち、15歳の時、一家で日本にやってきました。間もなく、日本語があまり得意ではないお母さんと二人暮らしとなり、家族以外の人と接する機会はほとんどなく暮らしていました。私たちがお宅にうかがうようになった当初は、Aさんはいつも泣いていました。“神さま”がひどいやり方でAさんを拷問して殺すと言ってくるらしいのです。Aさんとの交流を続けているうちに、Aさんは人がとっても好きで、おしゃべり自体を楽しむことができる方だということがわかってきました。まずは、Aさんは、デイケアに通おうとしました。しかし、「悪口を言われているような気がする」という理由ですぐに行かなくなりました。大人数であるデイケアが安心して過ごせる場所とならなかったようです。訪問チームでのブレインストーミングのなかで、「女子会」を開くというアイデアが挙がったとき、これだ！ と思いました。近くの地域生活支援センターに相談を持ち掛け、共同で女子会を企画することにしました。支援センターという場所やスタッフ、メンバーと顔見知りになることで、いずれ支援センターを利用できるきっかけになればという願いもありました。

女子会では、みんなで編み物をしたり、サイコロトークをしたり、ハーブティーを飲んだり…と女子らしいことをテーマにしています。Aさんに、皮からつくる手作りギョーザ教室を開いてもらうという会もありました。とてもうれしそうにみんなに餃子の作り方を教えている姿は、訪問開始当初の泣いてばかりいたAさんとはまるで別人で、本当に生き生きとしていました。今では、その女子会で知り合った女性と友だちになり、泊まりに来ることもあるそうです。私たちは、ついつい既存の利用できるサービスにばかり目が行きがちですが、時には自分たちの手で作り出すということも重要なことなのだと感じず

にはられません。

【事例②（居住環境）安心できる住まいを確保する】

50代男性。精神科病院への20年にわたる長期入院中に多職種アウトリーチチームと出会います。入院中、他患とのやりとりや周囲の物音に刺激を受け被害的となり、不調に至ることが繰り返されており、単身生活での退院を目指すことになりました。頼れる親族はおらず保証人協会を活用し、緊急連絡先をチームにすることで賃貸契約を結ぶことができました。入居後まもなく、上階の物音を被害的に捉え、直接クレームを言いに行ったため不動産業者に苦情が入り、チームが状況把握と調整に動きました。不動産業者から本人へ懸念が伝えられる場に同席し、長く住み続けるコツとして、近隣との関係で気になることがあった場合、いきなり行動に移すのではなく、不動産業者や支援者に相談して対応を考えることを確認し、約束ごととしました。この事例にも通じることですが、生活上の困りごとが生じたときにこそ、自身の“病状とのつきあい方”や“物事の受け止め方のクセ”を真剣に考え取り組むチャンスと感じています。

【事例③（スキル）生活範囲拡大への支援】

Cさんは、「道行く人がみな自分を見ている」ことへの不安から、外出することが怖く、必要最低限の用事以外はほとんどの時間を家の中で過ごしていました。訪問をしてCさんの語りに耳を傾けることを続けているうちに、「入院中参加していた作業療法のようなところで、友達をつくってみたい」という希望が語られるようになりました。そして、病院のデイケアを利用してみることになりましたが、「一人で外出するのが怖い」ということが大きなハードルとなりました。受診の時は家族が会社を休んで一緒に来てくれていたのですが、デイケアとなると家族も毎回仕事を休むわけにはいきません。

そこで、Cさんは、訪問スタッフとともに、デイケアに来ることができるよう練習をすることにしました。「全道程一人でデイケアに行く」という最終目標を定め、その目標を達成するまでにどのようなステップを踏むか、Cさんと訪問担当者で話し合いをしました。“全ての道程をスタッフが同行する”、“デイケアの最寄り駅に着いたらスタッフが後ろからついていくようにする”、“電車に乗る時は同じ車両だが離れて乗車する”、“次の段階では別の車両に乗る”……というように、Cさんの不安度を確認しながらステップを細分化し、段階的に実践していきました。初めは不安が強く、客観的にはそのステップをクリアしても「まだちゃんとできていません」と言っていたCさんでしたが、徐々に表情にも自信が出てきて、「80%ぐらいできました」と表現するまでになりました。

この経験は、Cさんにとって大きな一歩となりました。地道な取り組みを継続していくことで、本人の自信につながり、生活を広げていくきっかけとなったのです。

【事例④（就労支援）】

Oさん（30代 女性 ACT 利用歴8年）

〇さんは、統合失調症の症状である幻聴やサトラレがあるため、働くことを諦めていました。ACTの生活支援担当者は、〇さんの興味のあることや関心のあることを丁寧に聞いていきました。近所の図書館、ゲーム屋、外食などに同行する機会をつくり、手芸や料理などの関心ごとから、日常生活で取り組めることを一緒に探していきました。就労支援担当者は、企業見学や、同じ病気を抱えながら働いている方の体験談を聞く機会を設けて、働くイメージを持ちやすくなり、〇さんが働く可能性を感じられることを大切にしました。そして、チャンスは突然訪れました。マンガ好きな〇さんに、古本屋でマンガを梱包する求人情報があったのです。説明会に参加し、とんとん拍子で実習につながりました。〇さんは会社で働くのは7年ぶりのため、とても緊張し、同時にサトラレが起きるのではないかと不安を強めました。そこで、同僚とのコミュニケーション方法など、具体的な対処法を一緒に検討していきました。また、不安を抱える家族に対しては家族の心配にみみをかたむけ、一緒に考える支援を行いました。こうして〇さんと二人三脚の就労へのチャレンジが始まりました。

3節 本研究でのアウトリーチ支援の研究成果

ここで私たちの研究班で行った研究データから得られた主たる成果をご紹介します。

1 支援の内容

1) 協力機関

本研究では研究協力機関である国立精神・神経医療研究センター病院、国立国際医療研究センター国府台病院、東北福祉大学せんだんホスピタルを中心とした3地区を選定して調査を行いました

2) 対象者の選定方法

平成23年11月～平成25年3月までの各協力機関における全新規入院患者について、生活の困難度が一定以上と思われる方を、研究対象候補者として選ばせて頂き、研究に同意・協力頂いた方のうち、アウトリーチサービスの提供エリア内の方（介入グループ）に訪問支援+精神科医療を、それ以外の方（対照グループ）には通常精神科医療を提供しました。

3) 介入方法

各地区によって若干の違いはありますが、以下の要素が行われるようにしました。

(ア) 複数職種によるアウトリーチチーム（以下ORチーム）を構成：看護師・精神保

表5 1年間のアウトリーチ支援による効果の比較

		対照グループ(51人)に比して			
		効果(大以上)	効果(大～中)	効果(中～小)	統計的に有意な差なし
介入グループ	全体 (40人)		・陽性症状に伴う問題行動(SBS)**	・陰性症状(PANSS)†	・精神科入院日数 ・精神科入院回数 ・精神科救急利用回数 ・医療中断日数 ・PANSS 総合得点 ・社会機能(GAF) ・問題行動 (SBS 総合得点) (以上共通)
	月180分以上支援を受けた人 (27人)		・陽性症状に伴う問題行動(SBS)**	・陰性症状(PANSS)† ・主観的QOL (WHO-QOL26)† ・主観的QOL:心理的領域(WHO-QOL26)† ・主観的QOL:全般的満足度(WHO-QOL26)†	
	月240分以上支援を受けた人 (18人)	・陽性症状に伴う問題行動(SBS)**	・主観的QOL (WHO-QOL26)* ・主観的QOL:心理的領域(WHO-QOL26)* ・主観的QOL:全般的満足度(WHO-QOL26)*		

※共分散分析による時期×群の交互作用 †p<.10, *p<.05, **p<.01.
 ※効果サイズは偏η²値を算出しCohen (1988)を元に解釈。

健福祉士・医師・作業療法士・相談支援専門員等による複数職種がケースの状況により臨機応変に、ORを中心とした支援を行うこと。

(イ) ストレngth志向のケースマネジメント：利用者のニーズ把握・支援プランの作成にあたってはストレngth志向のケースマネジメントを行うこと。

(ウ) 入院時からの一貫したスクリーニングとケースマネジメント：入院時からスムーズに地域生活へ移行できるように、ケースマネジメントが必要な対象者をスクリーニングによって選定し、入院中から関与を開始し入院から退院、地域生活まで一貫したケースマネジメントが行われること。

2 効果

こうした支援をした結果、どのような影響が利用者の方に現れたのでしょうか。

まず介入グループと言っても、すべての利用者の方に手厚くアウトリーチ支援が行われたわけではなく、その支援の密度にはばらつきがあることが予想されました。そこで私たちは介入グループを「支援の密度に関わらず全体としてまとめた場合(51人)」、そのうち「平均して月180分以上アウトリーチ支援を受けた人(27人)に限定した場合」、さらに「平均して240分以上アウトリーチ支援を受けた人(18人)に限定した場合」にわけ、通常治療を受けた人たちと1年間の予後と比較しました。その結果をまとめると表5のようになります。

これらの結果をみると、今回の多職種アウトリーチチームの支援で観察された効果は、主として主観的 QOL の向上にみられているといえるでしょう。これは利用者の方の具体的な生活状況の改善の反映するものだと推測されます。

特に特徴的なのは、効果の表れ方が『月 240 分以上のコンタクトをした方』 > 『月 180 分以上のコンタクトをした方』 > 『介入グループ全体』 という順にあることから、今回の研究では、十分な支援を提供した方に効果が現れたことを示唆している点です。アウトリーチサービスといっても、その頻度や量など関わりのある方は多様ですが、今回の研究では重症な精神障害者の地域生活支援を行うためには一定の濃度で関わる必要があることが示されたと考えます。とくに月 240 分以上（週換算で 60 分以上）の実コンタクトをとった場合に結果が顕著だったことは、臨床的な関わりを行う上での重要な示唆であると考えられます。とくに主観的 QOL の変化に関しては、データの上では対照グループではほぼ横ばいだったのに対して、介入群では統計的に有意に向上していました。今回の対象となった方は、これまで外来医療については既に協力機関で受けてきた利用者の方です。このことは本来通常の外来治療を継続するだけでは主観的 QOL が 1 年間では有意に向上しない利用者の方にも、アウトリーチサービスを提供することにより主観的 QOL が向上しうることを示唆しています。重い精神障害者においても、支援や関わりのあるようを変化させることで、その生活状況は改善されうることを示している、ということはアウトリーチ支援および重症精神障害の方の生活の可能性を示しているといえるでしょう。

なお、入院日数や入院回数などの精神科医療の利用状況には、大きな効果が見られませんでした。過去の先行研究においては、多職種アウトリーチ支援ではこれらの側面に有意な影響があることが知られているのですが、本研究では影響を認めませんでした。この原因としてはフォローアップ期間が 1 年と短く、初回の入院による症状の安定の方がより強く影響している可能性や、今回の利用者の方が従来の ACT の基準より広く取られているため状態像が軽い可能性、などが考えられます。

3 医療経済的な観点から

こうしたアウトリーチサービスは、通常の外来治療に比べて付加的なサービスですから、いかに生活を改善させるといっても費用がかかるのではないかと、という観点の検証は当然必要になるでしょう。そこで、わたしたちは利用者の方に協力頂き、外来費用・社会資源の利用などの 1 年間の医療・社会保障コストを算出し、対象グループの方と比較いたしました。その結果が表 6 になります。

表の最下段が 1 年間の総合計費用ですが、この合計費用に関して、多職種アウトリーチ支援を行った介入グループと、対照グループでは総医療費の平均値には有意な差はありませんでした。

さらに、生活の改善という観点から主観的 QOL の指標である WHO-QOL26 を 1 年間で 1 点上昇させるのにどの程度費用がかかるか、という費用対効果を計算すると、介入グ

表6 医療・サービス費の比較 (単位：円/年)

	介入グループ (n=52)		対照グループ (n=63)		統計量(t)	p 値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-1 主医療機関費用	OR 費	403,316	385917	-	-	-
	OR 費無報酬分	231,789	177026	-	-	-
	入院治療費	315,084	843659	646,838	2666945	n.s
	入院薬剤 A	232,204	312530	16,724	45389	n.s
	入院薬剤 B	20,969	47381	10,923	47459	n.s
	外来治療費	209,264	243656	166,115	157915	n.s
	外来薬剤 A	232,204	312530	292,227	385140	n.s
	外来薬剤 B	20,969	47381	38,322	94214	n.s
	医療費総額	1,432,080	1075796	1,171,149	2682666	n.s
		n=52		n=58		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-2 CSR-J	所得保障	585,429	698515	601,148	671066	n.s
	福祉サービス	169,509	315070	113,519	266933	n.s
	主医療機関以外の精神科医療費	6,247	31986	76,037	223852	2.227 .028
	n=51		n=58			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
表 1-3 総合計	2,219,943	1497787	2,010,142	2824353		n.s

グループでは 363,580 円 (年間)、対照グループでは 1,158,769 円 (年間) の費用がかかることがわかりました。さらに主観的 QOL の向上が特に大きかった月 240 分以上の支援を受けた介入グループでは 1 点上昇当たり 223,958 円 (年間) であり、さらに費用対効果がよいことがわかりました。

これらのことから多職種アウトリーチ支援は通常の外来を中心とした支援に比べて必ずしもコスト高とは言い切れないこと、また主観的 QOL にアウトカムをおいた場合に費用対効果が対照群に比べてよいこと、さらに一定の濃度の支援を行うことが費用対効果を高めることなどが示唆されたといえるでしょう。

IV 章

精神科医療機関が取り組むことの留意点

1 節 病棟スタッフの脱施設化への助走

1 利用者の地域生活を理解する視点が病棟スタッフにも生まれる

アウトリーチチームと連携することによって、それまで病棟内における医療、看護ケアが中心であった病棟スタッフにもさまざまな変化がもたらされます。

病院がアウトリーチ活動に取り組み始め、病院内の訪問看護部門や地域連携室等にアウトリーチチームを設置すると、チームは地域をベースに活動を行います。たとえば、通院中断している利用者に対して医療的支援を行ったり、地域で福祉サービスに繋がらず孤立している利用者への生活支援などさまざまな支援活動を行いながら、できるだけ再入院を防ぎ、利用者の地域での生活を支えようと努力します。それに対し、病棟内で医療や看護に追われる病棟スタッフは、そのような利用者の入院前の地域での生活の様子や、危機を迎えている時の家庭での様子などについて、なかなか知る機会が少ないのが実情であると思われます。あるいは、退院した利用者がその後地域でどのような生活を送るのか、家族や地域社会の中でどのような生活を送ってゆくのかについて、なかなか想像することも難しいかも知れません。

地域や家庭での生活が困難となるほど病状が悪化し“患者”として入院した利用者には、アウトリーチチームが入院前から、あるいは入院早期から関わることによって、病棟スタッフにとっては、単に病棟内での医療や看護ケアを行うにとどまらず、利用者の入院前の地域や家庭での生活状況を理解し、退院後の家庭や地域での生活を見据えた入院治療という視点が生まれます。それまで、病棟内での病状の安定と退院を目標に利用者に関わってきた病棟スタッフにとって、退院後の生活についてまで具体的に考えることはなかなか

なかったかも知れません。しかし、アウトリーチチームと共にケース検討を行い、利用者の生活や退院後の課題などを具体的に知ることで、利用者が地域でどのように暮らしている生活者なのか、少しずつ理解できるようになります。

地域でケアに携わるスタッフと病棟でケアに携わるスタッフが交流し、検討会や情報交換を行うことによって、病棟スタッフには、利用者の地域での生活について理解する視点が生まれるのです。

2 退院後につながる“切れ目のない支援”のイメージが可能

入院後、病棟内で病棟スタッフとアウトリーチチームスタッフとが、退院後の生活支援をテーマにケース検討を繰り返すことにより、病棟内で見えてきた利用者の抱える課題と地域や家庭に戻った後の予想される医療、生活上の課題とが話し合われ、共有されていきます。たとえば利用者が自分の病気をどの程度理解しており、服薬など治療に対する受容の程度、病状悪化のサインなどを地域ケアのスタッフは具体的に知ることが出来、あるいは病棟スタッフが治療上配慮してきたことがらを地域ケアのスタッフにも引き継いでゆくことが容易になります。アウトリーチチームのスタッフは、そのような病棟内での理解や配慮を共有することで、地域ケアの場面でも可能な限り段差のないケアを提供してゆくことが可能になります。

このように、病棟内で病棟スタッフとアウトリーチチームのスタッフがケース会議などを繰り返してゆくことで、利用者への理解の視点やさまざまな情報が共有され、退院後のケアプランの作成にも役立ち、入院中から退院後に向けて、病棟内ケアから地域ケアに繋がる一貫した利用者への支援、いわば“切れ目のない支援”が可能となるのです。

3 利用者のストレングスをみる視点が病棟にも入る

病棟内で、医療や看護の視点から“患者”にかかわる時、基本は医療モデルの視点に立って患者の症状や病理に注目し、それを治癒や寛解に導くことを目標とします。言い替えば、本来正常とされる状態と比べて異常なところ、マイナスとなっている部分に注目し、それを投薬などによって回復させることを「治療」と呼んでいます。不眠や幻聴、思考障害、精神運動興奮などの精神症状を治療することは、医療のまず第一歩であることは言うまでもありません。そのため、病棟で医療スタッフと“患者”である利用者が出会う場面では、どうしてもこのような病気を中心とした接触が中心となり、症状の回復を巡ることがらに会話が絞られてしまいがちです。また、医療を受ける立場ということで、利用者はスタッフの指示に従う受け身の立場と考えられやすいのです。

しかし、利用者は病気を抱える“患者”である一方で、入院までは地域や家庭で一人の人間として自分の人生を生きてきた“生活者”でもあります。たとえば、幻聴や妄想が続いていてとても辛いはずなのに、音楽や絵画などの芸術の領域では特異な才能を発揮して

いたり、家族のために身を粉にして仕事を頑張っていたり、家事、育児に一生懸命になって毎日を過ごしてきた人であるかも知れません。どんな利用者であっても、病気にもかかわらず持てる力を使い、病気に負けずにその人らしい健康な部分を発揮して生活してきたはずなのです。そして、その健康な部分が回復への力にもなってゆくのです。しかし、“患者”と呼んでしまうと、疾病を中心にその人を見てしまうことになりやすく、利用者の本来持っている健康な部分や回復への力に注目することが難しくなってしまいます。

前にも述べたように、アウトリーチチームのスタッフと話し合いを重ねる中で、利用者が入院までに地域や家庭でどのような生活を送り、その人固有の人生を送ってきたのか、その人の持つ力や意外な側面について、いろいろな情報が病棟スタッフにも集まってきます。それを通して、今は病気のために治療を受ける“患者”の立場にあるかもしれませんが、本来は自分の人生を生きる一人の生活者として、個性や力を持った人としての姿が浮かび上がってきます。

その様な、普段は病気に隠れていて気づくことの少ない患者さんのもつ力=ストレングスを見る視点が、アウトリーチチームなど地域の支援スタッフが病棟に入ってくることで、そこで病棟スタッフと交流し、理解を共有することを通して、病棟スタッフにも生まれるようになるのです。ストレングスの視点が浸透してくると、病棟スタッフにとっても、単に「患者」であるよりもひとりの人として、医療や福祉のサービスを利用する立場である「利用者」とみる方がしっくりとくるようになるでしょう。スタッフと利用者が対等の立場に立つ時、自ずと利用者の強み、ストレングスを見る視点が生まれてくるものといえるでしょう。

4 具体的に病棟スタッフが地域への訪問に行くことを可能にする

病棟スタッフがアウトリーチチームのスタッフと交流する機会が増えるにつれて、利用者の地域や家庭での生活に関心を持つようになることも多いものです。家庭でどのような生活を送っているのか、家族とはどのように接しているのかなど、利用者を理解したい思いが強まってくるかも知れません。その様な時、外泊に合わせて主治医や受け持ち看護スタッフが利用者の家庭を訪問することも有用です。特に、家庭で家族とうまく生活してゆくために、家庭内での本人の様子や家族の様子を見ることで、具体的なアドバイスや生活の工夫などを行うことが可能となるかも知れません。

診療報酬上も、「精神科退院前訪問指導料」が算定可能となっているので、これを利用して病棟看護師や病棟ソーシャルワーカーが地域や家庭を訪問することも出来ます。さらに病棟管理者の了承が得られたら、もっと積極的な家庭訪問も可能になるかも知れません。このようにして病棟スタッフが地域や家庭の視点から病棟医療を振り返る時、病棟医療にも新たな活気が生まれることが期待できるでしょう。

5 地域でいきる利用者の姿、家庭の中にいる利用者の姿に触れ、理解の変化、関係性の変化のきっかけになる

病棟スタッフが病棟内で出会う利用者の姿は、病棟に入院しているという特殊な環境における“患者”としての利用者の姿です。治療のために入院しているものの、症状に耐える苦しさばかりでなく、特別な規則がたくさんあり、しかも他の患者さん達との集団生活を送るという意味で特殊かつ非日常的な環境におかれた病棟で、毎日を過ごしている利用者の姿です。地域や家庭でそのような制約のない日常を過ごしている時の利用者とは全く別の姿に病棟スタッフは出会っています。前に述べたような、利用者のストレングスに気づくチャンスもどうしても少ないと言わざるを得ません。

一旦、病棟を出て、地域や家庭の中で利用者に出会う時、病棟スタッフは病棟内とは異なり、より自由で自然に振る舞っている利用者に出会うものです。訪問したスタッフに気を遣ってお茶を出してくれたり、家事を手伝っていたり、家庭の中でのいつもの役割を自然とこなし、生き活きと動く利用者に出会うかも知れません。あるいは、病棟での家族面会の時のよそ行きの表情とは異なり、病棟では見せなかったような自然な笑顔や、家族に甘えていたり、反対に文句ばかりを言う利用者に出会うかも知れません。いつもは話題に出てこないお祖母さん思いの利用者の優しさを発見するかも知れません。あるいは、近隣との緊張した関係や利用者のみならず家族皆が周囲にとっても気を遣いながら生活していることが分かることもあります。

生活の場に病棟スタッフが出向き、そこに暮らす生活者としての姿に触れることによって、病棟スタッフの利用者への理解の視点が大きく広がることを期待できます。そのことを通して、利用者の本来持っている人としての深さや広がりを発見するかも知れませんし、利用者が訴えていた日常の生活のしづらさが具体的なイメージを持って理解できるようになるかも知れません。利用者や家族の抱える悩みに共感することによって、新たな利用者への理解が生まれることも珍しくありません。

病棟スタッフにとって、医療や看護ケアを“行う”という立場でいることが当たり前であったことが、地域や家庭の中での利用者に出会うことによって、スタッフの側の視線が変化し、共に課題を考えていこうという、より対等な視線への関係性の変化がもたらされるのです。そのことが、利用者のストレングスへの気づきに繋がることは言うまでもありません。

2節 経営者がアウトリーチの重要性を認識することの重要性

アウトリーチ活動は、多職種協働でチームを作り地域活動をしてゆくことを前提としています。従来の医療機関や障害福祉サービス事業所の中で、医師、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士、心理技術職などの職種ごとに組織化されていた構造の中では、組織横断的なチームを作ることはかなりの困難を伴いましょう。組織横断的に多職種チームを作るには、それを可能とする人材と経済基盤に加え、全体を統率するリーダーの存在が不可欠です。

平成26年4月の診療報酬改定により、「精神科重症患者早期集中支援管理料」という診療報酬項目が新設され、これは実質的にアウトリーチ活動をイメージして作成されました。しかし、報酬算定にあたって必要とされる施設基準は厳しく、現状のわが国の精神科医療現場では、よほど医師やスタッフ、また経営的に余裕のある医療機関しか算定できないものと思われます。

つまり、アウトリーチ活動を始めようとする場合、医療機関の経営者の理解と意欲がなければ、組織として動き始めることは不可能なのが現状といえます。経営者の一存で決まると言っても過言ではないのです。

アウトリーチに理解のある法人理事長のもと、事業全体の核となりスタッフを牽引する立場の責任者に、経営スタッフでもある精神科医が就くことによって、法人としての意思決定や事業の展開が容易となった事例もあります。事業の展開に当たり、組織をまとめ、牽引してゆく者の、リーダーシップが確立されていることが重要でありましょう。

コラム23

経営者がアウトリーチの重要性を認識することの重要性（せんだんホスピタルの例）

東北福祉大学は、歴史のある福祉系大学としてわが国でも草分け的な存在であり、近年は看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士など多領域のコメディカル・スタッフの育成に力を入れています。平成20年6月には、医学部や歯学部を有しない大学としては珍しい大学付属病院である「東北福祉大学せんだんホスピタル」を開業しました。総病床数は144であり、東北では初めてとなる児童・思春期病棟の開設とACTチームの設置が特徴です。急性期入院医療にも力を入れており、病院規模にしては医療保護入院患者数が多く、一方で平均在院日数は短い、といった機能を維持してきました。

東北福祉大学せんだんホスピタルACTチーム（S-ACT）では、以上のような背景のもと、多くのコメディカルの学生実習を受け入れており、利用者宅への同行訪問の数も少なくありません。看護学生が実習内でACTチームを直接見学することはありませんが、入院中のACT利用者の担当となることはしばしばです。したがって、せんだんホスピタルでは、学生が近未来の精神科ケアを学ぶ格好の場を提供しており、これに精神科リハビリテーションの有識者でもある院長のACTへの理解の高さもあって、不採算部門である

にもかかわらず、大学や院内各部署の協力が得られてきました。

しかし、状況は変わりつつあります。これまでも精神科急性期治療病棟を有してきたわけですが、26年度の診療報酬改定で精神科急性期治療病棟入院料1について医師を16:1で配置した場合の評価が新設されたのです（精神科急性期医師配置加算）。この施設基準として、①新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。②時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること、③時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること、とあります。つまり、これまで以上に急性期入院患者の回転率を上げる必要性が出てきたのです。ACTが入院を回避するためのツールであると同時に、たとえ入院となった場合でも入院期間を短縮させる機能が高いことを考えると、入院機能をもつ医療機関に配備され、利用者の入院中も継続して支援が可能なS-ACTの存在意義は高まったと言えます。

実は、65歳以上で単身の老年期幻覚妄想状態患者が地域でトラブルを起こし、措置入院で地域から排除されるような形で入院となるケースが、その後長期入院となる可能性が

高いと経験上実感しています。薬物療法は奏功しないことも多く、関係作りや住居確保なども含め、退院につなげるためにはかなりのマンパワーと退院前のアウトリーチが必要となります。ACTには加入基準による加入者の年齢制限があるため、これらのニーズにこたえるためには、

基準を拡大するか、あらためてこうした層の入院患者へのアウトリーチのシステムを検討するか、対応を検討する必要があると考えているところです。

西尾雅明

(東北福祉大学 総合福祉学部)

コラム24

経営者がアウトリーチの重要性を認識することの重要性 (NCNP の例)

2010年4月に独立行政法人化されたNCNPは、いわゆるナショナルセンターとして期待される公的な機能と、法人としての経営の健全化の両方を求められる状況にあります。そして、精神科地域医療としての多職種アウトリーチは、我が国の精神保健福祉施策にインパクトを与える研究活動としての理解は得やすいのですが、病院経営に資する臨床活動としての評価を得ることは難しいというのが現実です。地域精神科モデル医療センター（コラム5参照）の発足以降、アウトリーチチームの人的・物的な拡充は、研究費によって支えられてきた部分が大きいのですが、研究費は有限かつ有期限ですので、質・量ともに現在の活動を維持するためには、その意義の大

きさについて、経営に責任のある人々に理解していただくことが必須ということになります。

もう一点、これは経営というより、管理運営に責任のある人たちにお願いすべきことなのですが、人事上の配慮も非常に重要なポイントです。NCNPのような規模の組織では、それぞれの職種ごとに人事が計画され、職種の長の責任の下に、院内での配置が決められます。しかし、多職種アウトリーチチームが、理念を共有し、凝集性を保って、利用者に対して継続性のある支援を提供するには、ある程度適性のある（あるいはモチベーションの高い）人材が配置されることのみならず、頻繁なスタッフの入れ替わりを避けることが望ましいことは言うまでも

ありません。

幸いなことに、NCNP のチームにおいては、研究費雇用のスタッフを、病院雇用に移行させることが出来ましたが、非常勤雇用にとどまっています。また常勤スタッフについては、すべて他の業務との兼任と

なっています。ACT を目指すには、スタッフの常勤化・専任化を上層部に働きかけていく必要があります。

坂田増弘

(独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院)

コラム25

経営者がアウトリーチの重要性を認識することの重要性 ((医) 周行会 湖南病院の例)

医療法人周行会は、1980年に設立された湖南病院(当時100床)を母体に、1989年医療法人化(理事長:木田孝太郎)されました。湖南病院設立時より地域精神科医療を志向し、ソーシャルワーカーの雇用や訪問診療、精神科訪問看護活動などを行っていました。しかし、診療報酬体制が未整備であったこともあり、本来業務の空いた時間を使って活動するなど、組織的な体制を整えるには困難がありました。しかし、2000年の病院の新築移転を機に社会復帰施設を順次開設し、精神障害者地域支援センター「風」、精神障害者生活訓練施設(援護寮)「樹」、ショートステイ「歩人」、居宅介護事業所(ヘルパーステーション)「凧」、グループホーム(定員計30名)の整備などを行いました。平成18年

には障害者自立支援法(現障害者総合支援法)の施行に伴い、補助金事業はそれぞれ同法に基づく障害福祉サービス事業となりましたが、各事業所の活動は引き継がれてきました。平成22年には精神科訪問看護ステーション「なかさとウィング」が活動を始めました。これらの各事業は病院部門の外部に新築した建物に集約して開設(ワンストップ方式)され、地域支援部の下に統括されました。部門担当理事には地域精神科医療に関心の高い精神科医が就き、週2日を部門運営のために活動し、各種ミーティングや地域への訪問、事業展開に当たっての地元市町との直接折衝などを行ってきました。また、従来からACTの活動へも関心が高く、地域支援部門のスタッフを定期的に東京でのACT研修に派

遣するなど、アウトリーチ活動への関心をスタッフ間で共有する流れを作ってきました。平成 23 年からは厚生労働省の精神障害者アウトリーチ推進事業の委託を受け、地域支援部の各事業部門から横断的にスタッフを集めてチームを構成し、本来業務との兼務ではありましたが実践的なアウトリーチ活動を開始しました。当然ながら、厚生労働省のモデル事業の予算が経済的な基盤を支えていました。

このように、当法人におけるアウトリーチ活動への流れは連綿として続いていたとはいえませんが、その背景には、地域支援部門の担当理事が長年アウトリーチ活動への関心を強く持ち、スタッフと共に関心や知識の共有化を続け、スタッフを育成してきたことが、実施に当たって大きな基盤となっていたのです。

楢林理一郎

(医療法人周行会 湖南病院)

コラム 26

経営者がアウトリーチの重要性を認識することの重要性 (国府台病院の例)

国府台病院は 300 床以上の大規模精神科病床を有する総合病院精神科でしたが、平成 17 年、政策の中で病床削減が開始となり、平成 20 年には 92 床まで削減され、慢性期病棟に入院していた、精神障害をもつ多くの人々を地域でケアすることとなりました。また病床削減に伴い病院ではその後の精神科の機能についての検討が行われ、入院の機能を救急・急性期治療および身体合併症治療に特化し、入院から外来・地域医療まで一貫したサービスの提供を行う体制が必要と判断されました。この 2 つの点から病院での地域支援

のあり方を検討しシステムを作るため、平成 20 年度にリハビリ・地域支援部門が設立されました。国府台は平成 14 年から ACT の研究的導入が始まり、また国府台病院が所在する市川市はマジソンモデル推進事業（県事業）が平成 16 年から実施されるなど、精神科地域支援について先駆的な実践が以前よりあった地域ではありますが、現在のシステムを構築するにあたっては、病院の管理者やスタッフの理解が大きく影響していると思われます。

国府台の場合、地域支援を行う精神科スタッフのマンパワーが病院内

だけでは充分ではなく、ACT などアウトリーチサービスを含む地域支援は、地域の事業所との連携で提供されるため、病棟を含む病院スタッフが地域支援に関心を持ち積極的に連携を図る事が重要でした。リハビリ・地域支援部門が医師や病棟看護師に対して地域支援についての普及啓発活動を行ったり、入院から退院後の地域支援までの一貫したケースマネジメントモデルを導入し病棟も巻き込んだシステムを導入したことにより、病棟スタッフの地域支援に関する関心が増え、入院中から退院後の地域生活を視野にいたったケアを実践できるようになりました。病院の管理者にとっては地域支援に力を入れることで、頻回入院や退院後の調整がうまくつかず入院が長期化する患者が減り、救急・急性期病棟の回転率がよくなるというメリットがあるため地域支援に対する期待はありました。質の高い地域サービス

は、診療報酬等でカバーされていないものもあり時に経営的な問題を生じることもありますが、救急・急性期治療の収入が確保される事により全体として収支を判断してもらえたことも、地域支援部門の活動がよりフレキシブルに出来た理由としてあげられます。

アウトリーチを含む地域支援がその活動を活発に行えるようになったもう一つの理由は、地域と連携した質の高い医療の提供を精神科の主な機能のひとつとして取り上げ、リハビリ・地域支援部門からの提案に対して常に理解を示し協力的であったことが、病院全体で地域支援に対して取り組む姿勢を築いていく事につながったのだと思います。

佐竹直子

(独立行政法人 国立国際医療研究センター
国府台病院)

3節 地域社会の中にオフィスを構えることによる変化

1 地域の一資源としての機能

従来医療機関はその専門性から他の医療機関との連携は行ってきましたが、地域のなかの一機関として他種の機関と連携を取ることはあまり慣れていないように思われます。多職種アウトリーチチームを含め今後地域支援を行う医療機関は、その地域の一資源とし

て、他の専門支援機関や他のさまざまな地域資源と肩を並べて連携を図るとともに、その地域において自分たちの役割が何であるかを認識することが重要です。

2 アウトリーチチームが万能ではない

多職種アウトリーチチームはその充実した機能や豊富なマンパワーから、いわゆる「なんでも出来る」すべてに対して有効なサービスに見られがちですが、あくまでアウトリーチが必要な対象者に対してその効果を十分に発揮できるサービスです。アウトリーチでなくても必要なサービスにつながる事が出来る人にとっては、時にその力を損ねてしまう可能性もありますし、また24時間見守りが必要など常時支援が必要と思われる方には、頻回の訪問やさまざまな支援を組み合わせても十分なサービスを提供出来ず、むしろ住居サービスなどによる支援の方が適切な場合も考えられます。

3 加入基準は明確に、しかし敷居は低く

アウトリーチサービスは地域の中で豊富にあるサービスではなく、また高価なサービスなため希望する人誰でもどんどん使えるようにしていくのも問題があります。対象として適切な人に必要なときにサービスを提供するには明確な加入基準が必要です。

しかし既存の地域サービスの中には明確な加入基準があるものが少なく、「誰もが使えない」という一見敷居の高いサービスに見られることがあります。地域のなかでチームが果たすべき役割とチームの機能にあわせて対象者の基準を設定し、それを地域の他の支援機関にきちんと説明し理解していただくことが重要です。

4 保健所、行政などとの関係性の変化

多職種アウトリーチチームは、その機能から未治療や治療中断例、長期ひきこもりなど医療・福祉サービスを利用していないケースへの対応を地域の中で求められることがあります。支援を拒む方への訪問による介入の判断は慎重に行うことが必要であり、訪問チーム独自の判断でスタートするのではなく、半公的な支援としてとらえ、保健所や行政機関との協働のもと検討、判断することが重要です。特に窓口となるのは保健所です。保健所が地域の中でアウトリーチ支援が必要と思われるケースの相談を家族や地域の支援者から受け取る窓口となり、導入の検討はチームやできれば地域の支援者のネットワークとともに行うことができる、このようなゲートキーピング機能を担っていただくことを保健所においてお願い出来るような関係性が望まれます。また保健所には、半公的な支援としてアウトリーチチームの支援の質が適切に保たれているのかをモニタリングしていただくこともお願い出来る、さらによいと思われれます。

5 地域の他の支援機関との関係性の変化

直接サービス提供を中心とした自己完結型の支援である多職種アウトリーチチームは、他機関との協働の機会はその地域サービス事業所に比べ少なく、どちらかという閉鎖的になりやすい傾向があります。しかし、従来多職種アウトリーチチームの支援は、本人が従来持っている地域生活の力が引き出され、生活上の安心感や安全保障感が増すなかで、より密度の低いサービスへ移行することが可能になることが望ましいわけで、地域の他の支援機関との協働体制は重要です。アウトリーチサービス導入直後はあまり機会がないことが多いですが、支援が深まるにつれ徐々に協働の機会は増えてゆきます。

協働することにより、チームだけでの支援よりより幅の広いサービスの提供が可能となりますが、一方でチーム内で共有している情報の量と展開のスピードとチーム外である地域支援機関との連携でのそれらとはギャップがあるため、ときどきサービス展開時に、利用者との間や相互の機関同士の関わりに、相手への期待をめぐってなど、心理的な葛藤が生まれる場合があります。また、ときにそれぞれの機関でケースマネジメントをしてしまういわゆる「ダブルマネジメント」が生じて、支援の方向性がずれ、利用者が戸惑ってしまうことなどもあります。とにかく密な情報交換を心がけることが重要と思われます。

6 スタッフが一市民として地域づくりに関わる

地域での支援は、専門家による支援だけではなく近隣住民や友人、近所の商店街など地域に住むさまざまな人によるサポートも対象者にとって重要な支援となります。そのため、アウトリーチチームのスタッフにとって地域住民との関係性の構築も重要であり、積極的に地域の活動に参加したり、自分たちの活動をアピールしていく姿勢が望まれます。また、地域の一市民として、地域づくりに積極的に関わることにより、アウトリーチを地域の重要な活動のひとつと認識してもらい、支援のネットワークの拡大を図ることも可能になると考えられます。アウトリーチは、精神疾患や障害をもっている、普通の市民として人が暮らしていくことを支える活動です。その視野は、単に精神科医療という場だけに限らず、人々が暮らす環境である、生活の場に向けられる必要があるのです。

V 章

未来に向けての提言

1 節 チームの数を行政の医療計画のなかの数値目標に

1 どのくらいのチームが必要か

1) チームの定義

医療機関や相談機関に来所することができなかつたり、あるいは、結果として来所しても気乗りはしない人たちに対して、その人々の生活の場に赴き、相談にのったりサービスを提供したりする活動を、アウトリーチ支援と呼びます。そして、ほとんどのアウトリーチ支援は、ケースマネジメントの枠組みで利用者へのサービスが提供されます。また、精神障害がある人に対する多職種チームによるアウトリーチ支援は、疾患の違いや重症度によって、さらに、同じ疾患・重症度でも急性期か慢性期かなど病期によっても異なる、スペクトラムを形成します。

ACT も、一定程度の重症度をもつ精神障害者に対して、超職種チーム・モデルで包括的なサービスを、原則はエンドレスで提供する、代表的な多職種アウトリーチ支援かつケースマネジメントのモデルで科学的根拠に富んだもの、と整理することができます。

では、地域精神医療において、どのくらいのサイズの圏域に、どのような多職種アウトリーチチームがいくつくらい必要になると考えればよいのでしょうか？

2) チーム設置数値目標の考え方

国によって違いますが、例えば英国では、人口5～20万の圏域ごとに、①プライマリケア・リエゾンチーム、②継続ケアチーム、③積極的訪問サービスチーム¹⁷、④危機介入／在宅治療チーム¹⁸が入院サービスや急性期デイケアなどとセットで配備され、アセス

メント後に利用者を適切なチームに割り振ることによって、複数のアウトリーチチームの機能分化と圏域内で統合された地域ケアが提供されることを可能にしています。そして、英国政府は、90年代後半から政策として、積極的訪問サービスチームや危機介入／在宅治療チームの整備目標を設定し、必要な予算をつけてきました。例えば後者は2000年度に導入されたあと、2005年には267、2007年には343のチームが設置されています¹⁹。

以上のように、圏域内でどのくらいの多職種アウトリーチチームが必要かは、a) わが国でどの程度、人口当たりの精神科病床数を減らしていくかの今後のビジョン、b) (i) 欧州やオーストラリアのように完全な地区割り方式にするのは難しいにせよ、どの程度の圏域サイズをモデルにしていくか、(ii) 「多職種アウトリーチチーム」あるいは「ACTチーム」などといった呼称で、対象者の診断や重症度や病期を抜きにした、いわば単一モデルでやっていくのか、それとも英国のようにかなり細かく機能分化させたモデルでやっていくのか、いわば多職種アウトリーチチームの連携と統合の組み立て方、c) 障害者福祉領域の相談支援の充実度や医療と福祉の連携のあり方、といった地域精神保健システムの設計図や様々な変数によっても、医療的なアウトリーチの整備目標値は影響を受けるかもしれません。

3) 今後の方向性

いずれにせよ、わが国の今後の地域精神医療を推進していくためには、ハコモノの施設数だけを市町村医療計画の整備目標に上げるのではなく、明確な定義のもと、できれば複数の機能分化された多職種アウトリーチチームが、都市部では人口20～30万の圏域で、農村部では人口5～10万の圏域で一つずつ整備されることが望ましいのですが、都市部では機能分化モデルを、農村部では単一モデルを設定することが実際的にもかもしれません。多職種アウトリーチチームの多岐に渡る援助効果については明らかですが、具体的にどのようなモデルをどの程度のサイズの圏域に設定するか、その組み合わせ方や連携、そうしたモデルの費用対効果や診療報酬への反映のさせ方などは、今後の重要な研究課題と言えます。

¹⁷ 精神科救急対応を要する程の状態にはない障害者の維持療法・リハビリテーションを受けもつ多職種アウトリーチチームのモデルですが、ACTのように就労支援担当者や二重診断専門家を擁する必要はなく、ケースロードや救急対応時間の基準もACTに比べて低基準なものです。

¹⁸ 精神保健上の危機にあり、介入しなければ緊急入院になるとされる利用者を対象として、病院での入院プログラムに替わる手段を提供します。多職種アプローチを行い、低いケースロードで24時間利用可能、照会から1時間以内の迅速な精神医学的アセスメント、入院患者の病床利用の管理（ゲートキーパー）、1日複数回の訪問や、症状と差し迫った社会問題の両者に焦点を合わせた様々な介入を、最大6週間程度の短期間で集中的に提供する在宅治療プログラムです。

¹⁹ 西尾雅明：精神科救急におけるケアマネジメント。臨床精神医学，43：775-780，2014。

コラム27

仙台市の調査事例

多職種アウトリーチをどのように定義するかにより、ニーズのある患者数やチームの整備目標値も変わってくるものです。このコラムでは、多職種アウトリーチのニーズ調査の参考例として、平成19年(2007)度障害者保健福祉推進事業『多職種協働チームによる重度精神障害者の地域包括ケースマネジメントに関するニーズ調査』(学校法人柊檀学園)で実施した、仙台市及びその周辺の医療機関の利用者の中で、ACTの対象者となりえる者の数と特徴の概要を明らかにすることを目的とした調査の概要を紹介しましょう。

一次調査で対象としたのは、精神科病院では、仙台市内精神科入院施設の全数に、隣接する自治体に所属する3病院を加えた17病院です。精神科診療所に関しては、宮城県精神神経科診療所協会の加盟施設や総合病院無床精神科などで仙台市内と隣接自治体にある40施設を把握し、計57施設に一次調査票を発送しました。回答は院長及び診療科科長に求め、ACTの必要性と実現性についての意識を調査するとともに、二次調査への協力について依頼をしました。一次調査の回答は17施設(回答率29.8%)であり、二次調査は病院5施設と診療所7施設の協力を得て実施しました。通院は2008年2月22日の通院時の状況で、入院

は2008年2月1日時点での入院患者を対象に2月15日～2月29日までの調査期間の状況で、同意が得られた者全てについて主治医に調査票への記入を依頼しました。

ACTの対象者となりうるかは、ACT-J・RCT研究の加入基準を参考にしました。実際の二次調査票では、対象患者の居住区、主診断、年代、性別、5段階の能力障害評価、6段階の症状重症度評価、過去2年間の精神医療の利用状況、の回答を主治医に求めています。先行研究での「過去1年間の最高のGAF得点が50点未満」の評価は、本調査では、ほぼ同様の記述を用いている能力障害評価尺度を読みかえに用い、能力評価4点以上をGAFスコア50点未満と読みかえました。なお、先行研究では診断がF2圏、F3圏の者は、過去2年間の精神医療の利用状況と「GAF50点未満」のどちらかの基準を満たせば対象となりますが、今回はF2圏、F3圏とも両基準を満たした者のみを対象としました。

さて、結果です。全調査対象者は1202名でしたが、居住地で129名が除外され、診断で138名が除外され、年齢で306名が除外されました。残り629名のうち、通院患者で10名、入院患者で99名がACT-J・RCT研究の加入基準に準ずる基準を満たしました。

直近に行われた厚生労働省の『病院調査』や『社会医療診療行為別調査』によって仙台市内の精神科通院患者や入院患者数を推計して、今回の二次調査の全調査対象者との比率をしますと、仙台市内全域でのACT対象者は通院患者で約300名、入院患者で約600名と推計されました。合算すると約900名となり、フルサイズのACTチームが人口10～20万人で1チーム必要とされると推測されました。

なお、入院中の患者調査においては、能力障害評価5かつ症状重症度評価6といった重篤な入院患者が現実的にACTによってどれくらい退

院可能となるかといった点もあり、加入基準のカットオフポイントの調整が必要かもしれません。これらの要素は、推計値が高く見積もられている可能性を示唆しています。一方で、通院患者調査に関しては、未受診患者や治療中断者は含まれていないため、多職種アウトリーチの機能分化モデルでなく単一モデルで未受診者や長期治療中断例にも対応せざるをえないとしたら、推計値は逆に低く見積もられていると解釈できるかもしれません。

西尾雅明

(東北福祉大学 総合福祉学部)

2節 診療報酬上の評価の再検討

1 診療報酬改訂に関する意義

我が国の精神科医療は、民間の医療機関にその多くがゆだねられています。今後、地域精神医療を展開するにあたっては、官民の役割を明確にしながらも、民間の力を十分に活用する施策を展開する必要があります。それには、診療報酬上、アウトリーチ活動を明確に評価し、民間医療機関が質の高い多職種アウトリーチチームの活動を実践できる基盤をつくる必要があります。研究活動も、精神保健医療福祉の施策に影響を与えることが出来るよう、臨床的な効果についてのエビデンスを明確にしながら、その医療経済的な効果についても分析を加え、診療報酬改定の時に問題提起が出来るようにする必要があります。

現状はと言えば、医療機関を中心とした多職種アウトリーチチームの経済的基盤には、いまだ十分な財政的な裏付けがされていないわけではありません。現時点で精神科領域のア

アウトリーチ活動が診療報酬で評価されているのは、医療機関から、あるいは訪問看護ステーションからの「精神科訪問看護」のみです。この項目は近年確実に充実してきているとはいえ、本研究で行われていたような、退院前の支援などは評価されず、またケースマネジメントに基づく、包括的な支援を網羅しているとはまでは言えません。たとえば、退院に向けての調整については、入院をしている病院の業務とされ、しいて言えば入院費としてまらめて病院側についていたため、外部からアウトリーチチームが関与しても報酬が得られないようになっているのです。

もっとも、現在では、障害者総合支援法の相談支援事業のなかに、入院している方に、住居の確保、その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談、障害福祉サービス事業所等への同行支援等に「地域移行支援」の制度などが個別給付として位置づけられました。これからは診療報酬と福祉事業を組み合わせることで、包括的な支援を行う可能性も増えてきていると言えましょう。

また、診療報酬側では平成26年度から『重症精神障害者早期集中支援管理料』が新設されました。これは医療機関を中心として多職種アウトリーチチームが支援した場合に、管理料として月1800点が加算されるもので、本研究のデータなども参考にされて新設されたものです。これは退院後6か月間しか請求ができませんが、個々の医療行為に対する支援ではなく、多職種アウトリーチチームによる支援体制に対する報酬という事で、こうした入院中の関わりを促進するという意味合いももっていると考えてよいでしょう。

ただ、残念なことに、この管理料は施設基準の要件が厳しく、取り組めている医療機関が、まだほとんどないようです。今後、どのように基準の緩和をしていくことが、実用に向けて必要なかは、現場の声を十分に聴きながら検討していくことが必要でしょう。

2 今後に向けた課題

医療機関を中心とした、多職種アウトリーチチームによる実践を普及していくためには、このような活動に、医療機関が積極的に取り組めるよう、診療報酬改定の議論にも案件として提出していくことが必要である、と述べました。平成16年に精神保健医療福祉の改革ビジョンとして謳われた「入院医療中心から地域生活中心へ」ということを現実的にしていくためには、診療報酬的にも、外来医療・在宅医療の評価を積極的に行い、また、実際の臨床活動に合わせられる柔軟な対応が可能なように、要件緩和を図っていくことが必要に思われます。

本研究のような、多職種アウトリーチチームによる支援を運用しやすいようにするために、先に述べた『重症精神障害者早期集中支援管理料』の施設基準緩和と共に、以下の項目は、「次の一步」として、検討課題に挙げられるのではないかと考えます。

1) 支援の活動の場を、利用者の自宅だけではなく生活圏全体とすること

たとえば、「精神科訪問看護」という項目は、「個別に患者またはその家族等に対して看

護および社会復帰指導等を行うこと」とありますが、診療報酬上では、「患家（患者さんの自宅）」で支援を行うこととされています。しかし、実際に、利用者の疾病理解の向上や、生活技能の向上、対人コミュニケーションの向上などを含むとすれば、外出の練習の支援や家族以外の対人コミュニケーションの支援、社会参加のための支援などが含まれ、利用者の生活圏に出向くことをあたりまえにする必要があります。ちなみに、厚生労働省が実施した「精神障害者アウトリーチ推進事業」においては、支援を行う場所として、「自宅、各種の入所施設、日中活動施設、支援対象者の入院中の医療機関（精神科を標榜しない医療機関に入院中の身体疾患の患者で精神科の支援の必要な者）、勤務先など支援対象者の生活の場であり、そこにおけるサービスが必要であれば、場所は問わないものとする」と記載されていました。診療報酬上、「精神科訪問看護」の支援の場所も、これに倣い、生活圏全体に拡充することが求められます。

2) 精神保健福祉士を、精神科訪問看護を実施する訪問看護ステーションに、必要に応じて配置できるようにすること

本研究でも明らかになったように、比較的重度の精神障害をもつ人々が、できるだけ入院をせずに地域生活の継続を可能とするためには、一定期間、保健、医療及び福祉の包括的な支援を行うことが必要です。これをうけて、医療機関で実施される精神科訪問看護・指導料においては、精神科を担当している医師の指示を受けた当該保健医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士のほかに精神保健福祉士が、個別に患者及びその家族に対して、看護及び、社会復帰指導等を行うことになっています。今後、精神科医療分野においてアウトリーチ活動をさらに推進するためには、精神科訪問看護を実施する訪問看護ステーションにおいても、これと同等の看護および社会復帰指導等が実施できるようにするための、要件緩和が必要でしょう。具体的には、精神科訪問看護を実施する訪問看護ステーションにおいて、(1) 保健師、看護師、准看護師を常勤換算で2.5人以上配置するとともに、(2) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に加え、精神保健福祉士を必要に応じて配置すること、として、福祉的要素も含む包括的な支援が実施しやすい体制を整えることが急がれると考えます。

精神保健医療福祉は英語では Mental Health という一つの言葉で表されます。日本語では、「保健」「医療」「福祉」と分けられてしまう概念も英語では“healthを増進するもの”として、一つにくくられるようなのです。これは、施策や制度にも反映されていて、住居プログラムや生活保障のような明らかに「福祉」と考えられる項目は social welfare（社会福祉）として区別されますが、多職種アウトリーチチームのように、包括的なケアをするチームの場合は、さまざまな財源を一つの財布に入れ、包括的なケアが実施しやすい体制をとっている州や国が世界的には増えています。我が国においても、多職種が一つのチームで柔軟な活動ができるよう、制度の見直しが求められる時期が来ているのです。

監修・執筆者一覧

監修：

伊藤順一郎（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部）

執筆者（五十音順）：

足立 千啓（NPO 法人リカバリーサポートセンター ACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J）

池淵 恵美（帝京大学医学部 精神神経科学講座）

伊藤 明美（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）

伊藤順一郎（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部）

上田 昌広（NPO 法人リカバリーサポートセンター ACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J）

小河原麻衣（NPO 法人リカバリーサポートセンター ACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J）

坂田 増弘（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）

佐竹 直子（独立行政法人 国立国際医療研究センター 国府台病院）

下平美智代（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部）

鈴木 司（東北福祉大学 せんだんホスピタル）

種田 綾乃（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部）

富沢 明美（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター病院）

榎林理一郎（医療法人周行会 湖南病院）

西尾 雅明（東北福祉大学 総合福祉学部）

安田 テイ（NPO 法人リカバリーサポートセンター ACTIPS 訪問看護ステーション ACT-J）

梁田 英磨（東北福祉大学 せんだんホスピタル）

吉田 光爾（独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部）

(H26.3.31 現在)

研究から見えてきた、医療機関を中心とした
多職種アウトリーチチームによる支援のガイドライン

2015年3月31日発行

編集責任者 伊藤順一郎

発行者 独立行政法人

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 社会復帰研究部

〒187-8553 小平市小川東町4-1-1

Tel : 042-346-2168

Fax : 042-346-2169

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/index.html>
